DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**



Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14990069035

(415)7707212489984(8020) 000001499006903 5

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

## Características y formas de las organizaciones

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 62. Naturaleza | 2 | 63. Formas asociativas | 1 2 | 64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados | |
| 65. Fondos | | 66. Cooperativas | | 67. Sociedades y organismos extranjeros | |
| 68. Sin personería jurídica | | 69. Otras organizaciones no clasificadas | | 70. Beneficio | 1 |

## Constitución, Registro y Última Reforma

| Documento | 1. Constitución | 2. Reforma |
|---|---|---|
| 71. Clase | 0 1 | |
| 72. Número | 0 | |
| 73. Fecha | 2 0 2 3 0 8 0 5 | |
| 74. Número de notaría | | |
| 75. Entidad de registro | 0 3 | |
| 76. Fecha de registro | 2 0 2 3 0 8 1 0 | |
| 77. No. Matrícula mercantil | 0 3 7 1 6 0 5 4 | |
| 78. Departamento | 1 1 | |
| 79. Ciudad/Municipio | 0 0 1 | |
| Vigencia | | |
| 80. Desde | | |
| 81. Hasta | | |

## Composición del Capital

82. Nacional ____ %

83. Nacional público ____ %

84. Nacional privado ____ %

85. Extranjero ____ %

86. Extranjero público ____ %

87. Extranjero privado ____ %

## Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control

## Estado y Beneficio

| Item | 89. Estado actual | 90. Fecha cambio de estado | 91. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 92. DV |
|---|---|---|---|---|
| 1 | | | | - |
| 2 | | | | - |
| 3 | | | | - |
| 4 | | | | - |
| 5 | | | | - |

## Vinculación económica

| 93. Vinculación económica | 94. Nombre del grupo económico y/o empresarial | 95. Número de Identificación Tributaria (NIT) de la Matriz o Controlante | 96. DV. |
|---|---|---|---|
| | | | |

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante

| 170. Número de identificación tributaria otorgado en el exterior | 171. País | 172. Número de identificación tributaria sociedad o natural del exterior con EP | |
|---|---|---|---|
| | | | |

173. Nombre o razón social de la sociedad o natural del exterior con EP

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario
## Representación

**001**

Página 3 de 3 **Hoja 3**

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14990069035

(415)7707212489984(8020) 000001499006903 5

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

**Representación**

**1**

| 98. Representación | 99. Fecha inicio ejercicio representación |
|---|---|
| REPRS LEGAL PRIN 1 8 | 2 0 2 3 0 8 1 0 |

| 100. Tipo de documento | 101. Número de identificación | 102. DV | 103. Número de tarjeta profesional |
|---|---|---|---|
| Cédula de Ciudadaní 1 3 | 1 0 5 7 8 9 2 0 3 6 | | |

| 104. Primer apellido | 105. Segundo apellido | 106. Primer nombre | 107. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| CASAS | CASAS | JAIRO | ALFONSO |

| 108. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 109. DV | 110. Razón social representante legal |
|---|---|---|
| | | |

**2**

| 98. Representación | 99. Fecha inicio ejercicio representación |
|---|---|
| | |

| 100. Tipo de documento | 101. Número de identificación | 102. DV | 103. Número de tarjeta profesional |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 104. Primer apellido | 105. Segundo apellido | 106. Primer nombre | 107. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 108. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 109. DV | 110. Razón social representante legal |
|---|---|---|
| | | |

**3**

| 98. Representación | 99. Fecha inicio ejercicio representación |
|---|---|
| | |

| 100. Tipo de documento | 101. Número de identificación | 102. DV | 103. Número de tarjeta profesional |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 104. Primer apellido | 105. Segundo apellido | 106. Primer nombre | 107. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 108. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 109. DV | 110. Razón social representante legal |
|---|---|---|
| | | |

**4**

| 98. Representación | 99. Fecha inicio ejercicio representación |
|---|---|
| | |

| 100. Tipo de documento | 101. Número de identificación | 102. DV | 103. Número de tarjeta profesional |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 104. Primer apellido | 105. Segundo apellido | 106. Primer nombre | 107. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 108. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 109. DV | 110. Razón social representante legal |
|---|---|---|
| | | |

**5**

| 98. Representación | 99. Fecha inicio ejercicio representación |
|---|---|
| | |

| 100. Tipo de documento | 101. Número de identificación | 102. DV | 103. Número de tarjeta profesional |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 104. Primer apellido | 105. Segundo apellido | 106. Primer nombre | 107. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 108. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 109. DV | 110. Razón social representante legal |
|---|---|---|
| | | |

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

**CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**

**Fecha Expedición: 21 de octubre de 2025 Hora: 15:27:06**
Recibo No. AB25610459
Valor: $ 11,600

**CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B256104592EDAB**

**Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.**

---

**CON FUNDAMENTO EN LA MATRÍCULA E INSCRIPCIONES EFECTUADAS EN EL REGISTRO MERCANTIL, LA CÁMARA DE COMERCIO CERTIFICA:**

**NOMBRE, IDENTIFICACIÓN Y DOMICILIO**

Razón social: FLOTA RÁQUIRA S.A.S.
Nit: 901741773 2 Administración : Direccion Seccional De Impuestos De Bogota
Domicilio principal: Bogotá D.C.

**MATRÍCULA**

| | |
|---|---|
| Matrícula No. | 03716054 |
| Fecha de matrícula: | 10 de agosto de 2023 |
| Último año renovado: | 2025 |
| Fecha de renovación: | 23 de abril de 2025 |
| Grupo NIIF: | Grupo III. |

**UBICACIÓN**

| | |
|---|---|
| Dirección del domicilio principal: | Cr 100 B No. 75 - 29 Villa De Madrigal |
| Municipio: | Bogotá D.C. |
| Correo electrónico: | flotaraquirasas@gmail.com |
| Teléfono comercial 1: | 3156468584 |
| Teléfono comercial 2: | No reportó. |
| Teléfono comercial 3: | No reportó. |

Dirección para notificación judicial: Cr 100 B No. 75 - 29 Villa De Madrigal

| | |
|---|---|
| Municipio: | Bogotá D.C. |
| Correo electrónico de notificación: | flotaraquirasas@gmail.com |
| Teléfono para notificación 1: | 3156468584 |
| Teléfono para notificación 2: | No reportó. |
| Teléfono para notificación 3: | No reportó. |

La persona jurídica SI autorizó para recibir notificaciones personales a través de correo electrónico, de conformidad con lo establecido en los artículos 291 del Código General del Procesos y 67



Mario Fernando Avila Cristancho

del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

## CONSTITUCIÓN

Por Acta No. 1 del 5 de agosto de 2023 de Asamblea de Accionistas, inscrito en esta Cámara de Comercio el 10 de agosto de 2023, con el No. 03005985 del Libro IX, se constituyó la sociedad de naturaleza Comercial denominada FLOTA RÁQUIRA S.A.S..

## TÉRMINO DE DURACIÓN

La persona jurídica no se encuentra disuelta y su duración es indefinida.

## OBJETO SOCIAL

La Empresa FLOTA RAQUIRA S.A.S. tendrá como objetivo social principal el desarrollo de la industria del transporte, a través de la prestación del Servicio Público de Transporte Terrestre Automotor en sus modalidades de: Transporte Terrestre Automotor Especial, Transporte Terrestre Automotor de Carga, Transporte Terrestre Automotor Individual de Pasajeros en vehículos tipo Taxi, Transporte Terrestre Automotor Mixto y Transporte Terrestre Automotor Colectivo municipal; al igual que la comercialización de materiales e insumos en la canasta del transporte como combustibles, partes mecánicas, y el alquiler de equipos de transporte. En desarrollo y cumplimiento de su objeto la Empresa FLOTA RÁQUIRA SA.S. puede hacer en su propio nombre o por cuenta de terceros o con participación con ellos de toda clase de operaciones comerciales sobre bienes muebles o inmuebles, constituir cualquier clase de gravamen, celebrar contratos con personas naturales o jurídicas efectuar operaciones de préstamo, cambio, descuento, cuentas corrientes, dar o recibir garantías, girar, endosar, adquirir y negociar títulos valores en general, y celebrar toda clase de operaciones con entidades bancarias o crediticias. Así mismo, podrá realizar cualquier otra actividad económica lícita tanto en Colombia como en el extranjero. La Empresa FLOTA RÁQUIRA S.A.S. podrá llevar a cabo, en general, todas las operaciones, de cualquier naturaleza que ellas fueren, relacionadas

**CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**

**Fecha Expedición: 21 de octubre de 2025 Hora: 15:27:06**
Recibo No. AB25610459
Valor: $ 11,600

**CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B256104592EDAB**

**Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.**

---

con el objeto mencionado, así como cualesquiera actividades similares, conexas o complementarias que permitan facilitar o desarrollar el comercio o (a industria de la sociedad, tales como Radiocomunicaciones y demás.

**CAPITAL**

* CAPITAL AUTORIZADO *

| | |
|---|---|
| Valor | : $350.000.000,00 |
| No. de acciones | : 350,00 |
| Valor nominal | : $1.000.000,00 |

* CAPITAL SUSCRITO *

| | |
|---|---|
| Valor | : $350.000.000,00 |
| No. de acciones | : 350,00 |
| Valor nominal | : $1.000.000,00 |

* CAPITAL PAGADO *

| | |
|---|---|
| Valor | : $350.000.000,00 |
| No. de acciones | : 350,00 |
| Valor nominal | : $1.000.000,00 |

**REPRESENTACIÓN LEGAL**

La representación legal de la Empresa FLOTA RÁQUIRA S.A.S., estará a cargo de una persona natural o jurídica, accionista o no.

**FACULTADES Y LIMITACIONES DEL REPRESENTANTE LEGAL**

La Empresa FLOTA RÁQUIRA S.A.S., será gerenciada, administrada y representada legalmente ante terceros por el Representante legal, quien no tendrá restricciones de contratación por razón de la naturaleza ni de la cuantía de los actos que celebre, hasta por un monto menor o igual a cincuenta millones de pesos MCTE ($ 50'000.000.oo); por lo tanto, se entenderá que el Representante legal podrá celebrar o ejecutar todos los actos y contratos comprendidos en

el objeto social o que se relacionen directamente con la existencia y el funcionamiento de la sociedad, hasta por este momento, a partir del cual tendrá que obtener la autorización de la Asamblea General de Accionistas. El Representante legal se entenderá investido de los más amplios poderes para actuar en todas las circunstancias en nombre de la sociedad, con excepción de aquellas facultades que, de acuerdo con los estatutos, se hubieren reservado los accionistas. En las relaciones frente a terceros, la sociedad quedará obligada por los actos y contratos celebrados por el Representante legal. Le está prohibido al Representante legal y a los demás administradores de la sociedad, por sí o por interpuesta persona, obtener bajo cualquier forma o modalidad jurídica préstamos por parte de la sociedad u obtener de parte de la sociedad aval, fianza o cualquier otro tipo de garantía de sus obligaciones personales.

## NOMBRAMIENTOS

### REPRESENTANTES LEGALES

Por Acta No. 1 del 5 de agosto de 2023, de Asamblea de Accionistas, inscrita en esta Cámara de Comercio el 10 de agosto de 2023 con el No. 03005985 del Libro IX, se designó a:

| CARGO | NOMBRE | IDENTIFICACIÓN |
|---|---|---|
| Representante Legal | Jairo Alfonso Casas Casas | C.C. No. 1057892036 |

### RECURSOS CONTRA LOS ACTOS DE INSCRIPCIÓN

De conformidad con lo establecido en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo y la Ley 962 de 2005, los actos administrativos de registro, quedan en firme dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la fecha de inscripción, siempre que no sean objeto de recursos. Para estos efectos, se informa que para la Cámara de Comercio de Bogotá, los sábados NO son días hábiles.

Una vez interpuestos los recursos, los actos administrativos recurridos quedan en efecto suspensivo, hasta tanto los mismos sean

resueltos, conforme lo prevé el artículo 79 del Código de Procedimiento Administrativo y de los Contencioso Administrativo.

A la fecha y hora de expedición de este certificado, NO se encuentra en curso ningún recurso.

## CLASIFICACIÓN DE ACTIVIDADES ECONÓMICAS - CIIU

Actividad principal Código CIIU: 4921
Actividad secundaria Código CIIU: 4530
Otras actividades Código CIIU: 4731, 4922

## TAMAÑO EMPRESARIAL

De conformidad con lo previsto en el artículo 2.2.1.13.2.1 del Decreto 1074 de 2015 y la Resolución 2225 de 2019 del DANE el tamaño de la empresa es Microempresa

Lo anterior de acuerdo a la información reportada por el matriculado o inscrito en el formulario RUES:

Ingresos por actividad ordinaria $ 44.870.000
Actividad económica por la que percibió mayores ingresos en el período - CIIU : 4921

## INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

Que, los datos del empresario y/o el establecimiento de comercio han sido puestos a disposición de la Policía Nacional a través de la consulta a la base de datos del RUES.

Los siguientes datos sobre RIT y Planeación son informativos: Contribuyente inscrito en el registro RIT de la Dirección de Impuestos, fecha de inscripción : 13 de agosto de 2023. Fecha de envío de información a Planeación : 23 de abril de 2025. \n \n Señor empresario, si su empresa tiene activos inferiores a 30.000 SMLMV y una planta de personal de menos de 200 trabajadores, usted tiene derecho a recibir un descuento en el pago de los parafiscales de 75%

**CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**

**Fecha Expedición: 21 de octubre de 2025 Hora: 15:27:06**
Recibo No. AB25610459
Valor: $ 11,600

**CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B256104592EDAB**

**Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.**

---

en el primer año de constitución de su empresa, de 50% en el segundo año y de 25% en el tercer año. Ley 590 de 2000 y Decreto 525 de 2009. Recuerde ingresar a www.supersociedades.gov.co para verificar si su empresa está obligada a remitir estados financieros. Evite sanciones.

El presente certificado no constituye permiso de funcionamiento en ningún caso.

**********

Este certificado refleja la situación jurídica registral de la sociedad, a la fecha y hora de su expedición.

**********

Este certificado fue generado electrónicamente con firma digital y cuenta con plena validez jurídica conforme a la Ley 527 de 1999.

**********

Firma mecánica de conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la autorización impartida por la Superintendencia de Industria y Comercio, mediante el oficio del 18 de noviembre de 1996.

MARIO FERNANDO AVILA CRISTANCHO

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.057.892.036

CASAS CASAS
APELLIDOS

JAIRO ALFONSO
NOMBRES

Jairo Alfonso Casas
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 05-ABR-1986
RAQUIRA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.69
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

13-ABR-2004 RAQUIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

P-0722000-33131041-M-1057892036-20041110 00194 04314N 02 125558370

# Certificación Bancaria

Bancolombia

Chiquinquirá, 13 de Septiembre de 2023

**A QUIEN PUEDA INTERESAR**

Cordial saludo,

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que el **FLOTA RAQUIRA SAS** identificado(a) con NIT N° **901.741.773** a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

| Nombre Producto | Número Producto | Fecha Apertura | ESTADO |
|---|---|---|---|
| **CUENTA DE AHORROS** | **35257443416** | **2023/09/13** | **ACTIVA** |

Pública

Atentamente,

Claudia María Posada Álvarez

Gerente Transformación de Sucursales

* **Importante:** Esta constancia solo hace referencia al producto mencionado anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (575) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 – Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

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

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 | 2025/12/08 | 2025/12/12 |

| Estado |
|---|

**Detalle**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Beneficiario/Cliente a Debitar** | Flota Raquira | **No. Producto** | 35257443416 |
| **No. Identificación** | 9017417732 | **Entidad Financiera** | BANCOLOMBIA |
| **Tipo Producto Origen** | Cuenta Ahorros | **No. Comprobante** | 1674 |
| **No. Producto Origen/Recaudador** | 251847976 | **Forma de pago** | |
| **Fecha Pago/Débito** | 2025/12/10 | **Aviso al beneficiario** | N |
| **Fecha Transacción** | 2025/12/10 | **Estado de Aviso** | |
| **Valor Transacción** | $3,151,621.00 | **Fecha de Aviso** | |
| **Comisión** | 0 | **Medio Utilizado** | - |
| **IVA** | 0 | **No. Transacción** | 251A3212534400UX |
| **Estado** | EXT | **Información** | Transporte Bene |
| **Descripción de Estado** | Exitoso | **Fecha Cobro** | 2025/12/10 |
| **Causal de Rechazo** | - | **No. Factura** | - |
| **No. Control** | OYJ004LQFU | **Oficina Pago** | - |
| **Tipo Producto Destino** | Cuenta Ahorros | **Usuario Creador** | MIGUEL ANGEL YAGAMA VALENCIA |

CORPORACION INFANCIA Y DESARROLLO
NIT : 830,082,544 - 7
CALLE 24D N 40-29
3176460751 - 3185863257
BOGOTA - COLOMBIA

**HOGARES SUSTITUTOS 15004032025**

**L - 300 - 634**

| | | | | **Fecha Comprobante** |
|---|---|---|---|---|
| **Señores** | EXPRESO GAVIOTA SA | | | |
| **NIT** | 860,062,440 - 3 | **Teléfono** | 2632226 | 2025-11-19 |
| **Dirección** | TERMINAL DE TRANSPORTES MODULO 3 | **Ciudad** | SABOYA - COLOMBIA | |

| Código | DescripcionLargaProducto | NIT | C.C | Detalle | Valor |
|---|---|---|---|---|---|
| 5195450200 | EXPRESO GAVIOTA-TIQ 980 GASTO EMERGENCIA NOV | 860,062,440 | 257 - 7 | | 38.000,000 |
| 5195450200 | TRANSP PINO-TIQ 9025 GASTO EMEREGCNIA NOV | 820,001,359 | 257 - 7 | | 38.000,000 |
| 2335950200 | SANDRA RAMIREZ-GASTO EMERGENCIA NOV | 46,680,262 | 257 - 1 | Comp:L-300-00000000634,VTO: 1,F.VTO:2025/11/19 | -76.000,000 |

**OBSERVACIONES**

Elaborado e Impreso por Siigo

Elaborado por

Aprobado por

Corporación Infancia y Desarrollo

# REEMBOLSO DE GASTOS

FO-GF-03-07-03
FUMD: 17/01/2019

**PROYECTO:** Modalidad Hogar sustituto Contrato de aporte 15004032025

**FECHA:** 30/11/2025

**RESPONSABLE:** MADRE SUSTITUTA - SANDRA MILENA RAMIREZ PAEZ

| No. | FECHA | NIT/RUT | BENEFICIARIO | CONCEPTO | VALOR | RETENCION | VALOR NETO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 19/11/2025 | 820001359-8 | TRANSPINO | GASTO DE EMERGENCIA TIQUETE DESDE CHIQUINQUIRA - TUNJA CON DEIBY ALEXANDER CASTRO PARRA | 38.000 | | 38.000 |
| 2 | 19/11/2025 | 860.062.440 | EXPRESO GAVIOTA S.A. | GASTO DE EMERGENCIA TIQUETE DESDE TUNJA - CHIQUINQUIRA CON DEIBY ALEXANDER CASTRO PARRA | 38.000 | | 38.000 |
| 3 | 19/11/2025 | 46680262 | SANDRA MILENA RAMIREZ PAEZ | CUENTA DE COBRO VIATICO | 70.000 | | 70.000 |
| 4 | | | | | | | 0 |
| 5 | | | | | | | 0 |
| 6 | | | | | | | 0 |
| 7 | | | | | | | 0 |
| 8 | | | | | | | 0 |
| 9 | | | | | | | 0 |
| 10 | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | |
| 18 | | | | | | | |
| 19 | | | | | | | |
| 20 | | | | | | | |
| 21 | | | | | | | |
| 22 | | | | | | | |
| 23 | | | | | | | |
| | | | | TOTAL GASTOS | 146.000 | | 146.000 |

Elaborado : Sandra Ramirez
Nombre: SANDRA MILENA RAMIREZ PAEZ
Cargo: Madre Sustituta

Aprobado: _____
Nombre:
Cargo: Directora Financiera

Expreso Gaviota

**********
DOCUMENTO EQUIVALENTE
ELECTRONICO TIQUETE
DE TRANSPORTE TERRESTRE
DE PASAJEROS
Expreso Gaviota S.A.
Nit:860062440
19-TUNJA
Direccion:DIAGONAL 23 No 69 -60
Telefonos:6014108971
**********
TIQUETE:G78-24980-0
Fecha de Salida: 2025-11-19
Hora Salida:10:05
Servicio:CORRIENTE
Pasajero: (2) 83008225447
corporacion infantil

Forma de Pago: E
Sillas: 1-2

Ruta:TUNJA (BOY) CHIQUINQUIRA
Origen: TUNJA (BOY)
Destino
CHIQUINQUIRA 19,000.00
Gran Total: 38,000.00

Placa: SPW805
Interno: 03005

Poliza: 023622088
860026182 ALLIANZ SEGUROS S.A.
Vence:2026-05-08

Serial:CATKMFZ9SGQK79GA
Usuario: POS118
Apertura: 131098
Imp: 2025-11-19 10:07:00
Milenium Android:4.89 25/09/2025
03:23 Pm
www.gestioninformatica.com.co
Fabricante:830089602-8 GESTION I
NFORMATICA Y FINANCIERA SAS
Terminal Silla (1)

Terminal Silla (2)

TIQUETE DE VIAJE

Hora Imp: 2025-11-19T05:35

TRANSPINO
820001359-8

DIRECCION: TERMINAL CHIQUINQUIRA
FECHA VIAJE: 2025-11-19T05:36
No TIQUET: 19025
SERVICIO: BASICO
Placa Int
WOR742 42
Bahia Nro: 0
TIPO TIQUETE: NORMAL
POLIZA RCC: 1-110-1000490
SEGUROS BETA
POLIZA RCE: 1-110-1000490
SEGUROS BETA
Tipo:NIT Num:8300825447
NOMBRE:corporacIIn infancia y d
esarrollo
RUTA: CHIQUINQUIRA->TUNJA
DESTINO PASAJERO: TUNJA
CANT:2 PUESTO: 4,5,

VALOR TIQUETE: 19000
VALOR TOTAL: 38000

** FELIZ VIAJE **

# HISTORIA CLINICA
## ESE CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE BOYACA
Nit. 891800982
Dir. Kilómetro 1 Via a Soracá - Tel. 3176548208

Código Plantilla:13
Fecha Historia:19/11/2025 09:29
Lugar y Fecha:TUNJA,BOYACA 19/11/2025 09:29
Documento y Nombre del Paciente: TI 1053344699 DEIBY ALEXANDER CASTRO PARRA
Administradora: ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S. Convenio: SUBSIDIADO Tipo de Usuario: SUBSIDIADO NIVEL1
No Historia: 1053344699 Cons. Historia: 2490817
Atención: Ambulatorio

HISTORIA
Consulta Medicina Especializada Psiquiatria:

HISTORIA
IDENTIFICACION GENERAL
Fecha: 19/11/2025
Historia: 1053344699
Fecha Nacimiento F: 18/07/2013
Edad: 12 Años
Zona: RURAL
Telefono: 3132061026 - 3115313743
PERTENENCIA ETNICA: MESTIZO
EN SITUACION DE DESPLAZAMIENTO: NO

Hora: 09:27
Nombre: DEIBY ALEXANDER CASTRO PARRA
Sexo: Masculino
E.A.P.B.: ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S.
Direccion: VEREDA MOLINA
Estado Civil: Soltero
PRESENTA DISCAPACIDAD: SI

ANAMNESIS
Motivo de la Consulta: cita de primera vez
Enfermedad Actual: Control Psiquiatria infantil Edad 12 años 4 mesesEscolaridad 5 inclusión Procedencia Saboya Asiste con madre sustituta Sandra Pacien: antecedente de discapacidad cognitiva leve, en seguimiento en Emanuel. Ha tenido seguimiento por neurología pediatria y genética. Ha estado en el actual hc desde que la madre estaba en gestación. Desde este año aumento de síntomas conductuales, se irrita con facilidad, golpeaba las paredes. No autolesiones. S ordenes con instigación, en una ocasión "jugo a la botella que el que perdía daba un beso" . come y duerme bien Paraclinicos: Tiene reporte de prueba cogniti octubre de 2025 cv 57 rp 67 mt 68 vp 65 cit 56 Resonancia cerebral simple normal agosto 2025ANTECEDENTES Patológicos discapacidad cognitiva leve Quirúrgicos niega Farmacológicos niega Tóxicos niega Familiares padres con discapacidad cognitiva Neurodesarrollo: hitos tardiosVive en hogar sustituto en e hogar también vive con la mama
ANTECEDENTES FAMILIARES: lo anotado
ANTECEDENTES PERSONALES
Mentales: lo anotado
Quirurgicos: lo anotado
Alergicos: lo anotado

Revision por Sistemas: niega
SINTOMATICO RESPIRATORIO: NO

Patologicos: lo anotado
Toxicos: lo anotado
Traumaticos.: lo anotado

Planifica?
EXAMEN MENTAL
Descripcion.: Alerta, orientado, eulálico euproséxico afecto inapropiado pueril actitud oposicional pensamiento lógico concreto no cogniciones depresivas estructuradas no ideas de muerte ni suicidio no alteraciones en la sensopercepción inteligencia por debajo del promedio
OTROS HALLAZGOS CLINICOS
Descripcion hallazgos: Paciente con antecedente de discapacidad cognitiva leve desde este año incremento de síntomas conductuales, realizo intervención a psicologia y considero inicio de manejo farmacológico. Control 60 dias Risperidona 1 mg cada noche Fluoxetina 20 mg cada mañana Ss TSH t4 libre
AYUDAS DIAGNOSTICAS
Reportes de laboratorio: escribir resultados reportes de laboratorio
Reportes Imagenologicos: describir imagenes ( rx,ecografias. etc.).
Impresion Diagnostico
Dx. Principal: F701-RETRASO MENTAL LEVE: DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO SIGNIFICATIVO, QUE REQUIERE ATENCION O TRATAMIENTO
Dx. Relacionado 1: f918-OTROS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA
Finalidad de la Consulta: Tratamiento
PLAN DE MANEJO: .lo anotado
Recomendaciones: recomendaciones
Tipo de Diagnostico Principal: IMPRESION DIAGNOSTICA
Causa Externa: Enfermedad general
Signos de Alarma: signos de alama

Nataly Briceño Jimenez

DR. NATALY BRICEÑO JIMENEZ
CC 1110478045
Especialidad. PSIQUIATRIA
Registro. 254912013

**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 - 34274**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Señores** | RAMIREZ PAEZ SANDRA MILENA | | | | |
| **NIT** | 46.680.262-7 | | | | |
| **Dirección** | VEREDA MOLINO | | | | |
| **Teléfono** | 3132061026 | | | **Fecha Comprobante** | **Fecha Vencimiento** |
| **Ciudad** | SABOYA - COLOMBIA | **Factura Proveedor** | -0 | 2025-11-30 | 2025-11-30 |

| Código | Descripción | Unid | Cant | V. Unit | Valor Total |
|---|---|---|---|---|---|
| 5195450200 | SANDRA RAMIREZ-GASTO EMERGENCIA NOV | | 0 | .00 | 70,000.00 |

| | |
|---|---|
| **Total Bruto** | 70,000.00 |
| **Total a Pagar** | **$ 70.000,00** |

**CONDICION DE PAGO**

Cuenta Por Pagar 70.000,00 Cuota 2 P - 003- 34274 Vence el 2025-11-30

**VALOR EN LETRAS**

Setenta 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 :b9c31f1a3c64afeed5322b5e11853b01d86834175aaf9e4e529d88892b2b4c2d6c5aad362b26d0a03cb8c8f90c278f07

# CUENTA DE COBRO

## CORPORACION INFANCIA Y DESARROLLO
NIT 830.082.544-7

PROYECTO

HOGARES SUSTITUTOS CONTRATO 15004032025

DEBE A:

SANDRA MILENA RAMIREZ PAEZ
NIT:
46680262

La Suma de: $ 70.000 SETENTA MIL PESOS

**Por concepto de**

Gastos de emergencia- Viaticos para traslado por citas medicas del beneficiarios DEIBY ALEXANDER CASTRO PARRA el dia 19/11/2025 de Chiquinquira a Tunja.

| | |
|---|---|
| Fecha: | 30/11/2025 |
| Banco | BANCO CAJA SOCIAL |
| Tipo de | AHORROS |
| No cuenta | 24040095374 |

Atentamente

Sandra Ramirez

SANDRA MILENA RAMIREZ PAEZ
46680262

| | |
|---|---|
| Departamento | Boyaca |
| Direccion | VEREDA MOLINO - SABOYA |
| E - mail | sandraramirez30091979@gmail.com |
| Cel o Tel | 3132061026 |

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*<br>*HOGARES SUSTITUTOS CONTRATO 15004032025* | | | *FO-GF-02-02-05*<br>*FUMD: 25/10/2022* |
| NOMBRE Y APELLIDOS | SANDRA MILENA RAMIREZ PAEZ | | | DOC. EQUIVALENTE A LA FACTURA No. |
| 46.680.262 | DIRECCION | CIUDAD O DPTO | CEL O TEL | FECHA DE ELABORACIÓN |
| | VEREDA MOLINO - SABOYA | Boyacá | 3132061026 | 30/11/2025 |
| CANTIDAD | CONCEPTO | | | VALOR |
| | VIATICOS<br>Gastos de emergencia- Viaticos para traslado por citas medicas del beneficiarios DEIBY ALEXANDER CASTRO PARRA el dia 19/11/2025 de Chiquinquira a Tunja. | | | $ 70.000 |

| | | |
|---|---|---|
| VALOR EN LETRAS: SETENTA MIL PESOS | Subtotal | $ 70.000 |
| | Rte Renta | $ 0 |
| | Rete Fuente | $ 0 |
| | Rete Ica | $ 0 |
| | Descuentos CID | |
| | Total a Pagar | $ 70.000 |

| | NOMBRE Bco. | TIPO CUENTA | CUENTA No. | |
|---|---|---|---|---|
| POR FAVOR | BANCO CAJA SOCIAL | AHORROS | | 24040095374 |

ACEPTO: Sandra Ramirez

**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 - 34275**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Señores** | PAEZ VALERIANO PIEDAD | | | | |
| **NIT** | 46.677.536-9 | | | | |
| **Dirección** | VEREDA MOLINO | | | | |
| **Teléfono** | 3133626271 | | | **Fecha Comprobante** | **Fecha Vencimiento** |
| **Ciudad** | SABOYA - COLOMBIA | **Factura Proveedor** | -0 | 2025-11-30 | 2025-11-30 |

| Código | Descripción | Unid | Cant | V. Unit | Valor Total |
|---|---|---|---|---|---|
| 5195450200 | PIEDAD PAEZ-GASTO EMERGENCIA NOV | | 0 | .00 | 120,000.00 |

| | |
|---|---|
| **Total Bruto** | 120,000.00 |
| **Total a Pagar** | **$ 120.000,00** |

**CONDICION DE PAGO**

Cuenta Por Pagar 120.000,00 Cuota 2 P - 003- 34275 Vence el 2025-11-30

**VALOR EN LETRAS**

Ciento Veinte 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 :65f200c18575d56bca9035ca8d16e7e4c10869ba3598c6270115cae1297cfc9b16cd7c86c9ae8ccee5c9b29a29437530

CUENTA DE COBRO

CORPORACION INFANCIA Y DESARROLLO
NIT 830.082.544-7

PROYECTO

HOGARES SUSTITUTOS CONTRATO 15004032025

D E B E  A:

PIEDAD PAEZ VALERIANO
NIT:
46677536

La Suma de: $ 120.000 CIENTO VEINTE MIL PESOS

**Por concepto de**

Gastos de emergencia- Viaticos para traslado por citas medica del beneficiario DAVID LEONARDO RODRIGUEZ USSA y JUAN CARLOS ROA BENAVIDES el dia 10/11/2025 de Chiquinquira a Tunja. Con MIREYA MUÑOZ DUARTE el dia 19/11/2025 de Chiquinquira a Tunja.

| | |
|---|---|
| **Fecha:** | 30/11/2025 |
| **Banco** | BANCO CAJA SOCIAL |
| **Tipo de** | AHORROS |
| **No cuenta** | 24040104425 |

**Atentamente**

Piedad Paez

PIEDAD PAEZ VALERIANO
46677536

| | |
|---|---|
| **Departamento** | Boyacá |
| **Direccion** | VEREDA PUENTE DE TIERRA |
| **E - mail** | maluzgonzalez68@gmail.com |
| **Cel o Tel** | 3143771426 |

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*<br>*HOGARES SUSTITUTOS CONTRATO 15004032025* | | | *FO-GF-02-02-05*<br>*FUMD: 25/10/2022* |
|---|---|---|---|---|
| NOMBRE Y APELLIDOS | PIEDAD PAEZ VALERIANO | | | DOC. EQUIVALENTE A LA FACTURA No. |
| 46.677.536 | DIRECCION | CIUDAD O DPTO | CEL O TEL | FECHA DE ELABORACIÓN |
| | VEREDA PUENTE DE TIERRA | Boyacá | 3143771426 | 30/11/2025 |
| CANTIDAD | CONCEPTO | | | VALOR |
| | VIATICOS<br>Gastos de emergencia- Viaticos para traslado por citas medica del beneficiario DAVID LEONARDO RODRIGUEZ USSA y JUAN CARLOS ROA BENAVIDES el dia 10/11/2025 de Chiquinquira a Tunja. Con MIREYA MUÑOZ DUARTE el dia 19/11/2025 de Chiquinquira a Tunja. | | | $ 120.000 |

| | | |
|---|---|---|
| VALOR EN LETRAS: CIENTO VEINTE MIL PESOS | Subtotal | $ 120.000 |
| | Rte Renta | $ 0 |
| | Rete Fuente | $ 0 |
| | Rete Ica | $ 0 |
| | Descuentos CID | |
| | Total a Pagar | $ 120.000 |

| | NOMBRE Bco. | TIPO CUENTA | CUENTA No. | |
|---|---|---|---|---|
| POR FAVOR | BANCO CAJA SOCIAL | AHORROS | | 24040104425 |

ACEPTO: Piedad Paez

CORPORACION INFANCIA Y DESARROLLO
NIT : 830,082,544 - 7
CALLE 24D N 40-29
3176460751 - 3185863257
BOGOTA - COLOMBIA

**HOGARES SUSTITUTOS 15004032025**

**L - 300 - 635**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Señores** | NUEVA FLOTA BOYACA S.A. | | |
| **NIT** | 800,168,382 - 2 | **Teléfono** | 7262556 |
| **Dirección** | CHIQUINQUIRA TERMINAL DE TRANSPORTES | **Ciudad** | SABOYA - COLOMBIA |

**Fecha Comprobante**

2025-11-10

| Código | DescripcionLargaProducto | NIT | C.C | Detalle | Valor |
|---|---|---|---|---|---|
| 5195450200 | FLOTA BOYACA-TIQ 792 GASTO EMERGENCIA NOV | 800,168,382 | 257 - 7 | | 19.000,000 |
| 5195450200 | FLOTA BOYACA-TIQ 793 GASTO EMERGENCIA NOV | 800,168,382 | 257 - 7 | | 19.000,000 |
| 5195450200 | FLOTA BOYACA-TIQ 794 GASTO EMERGENCIA NOV | 800,168,382 | 257 - 7 | | 19.000,000 |
| 5195450200 | TRANPS PINO-TIQ 737 GASTO EMERGENCIA NOV | 820,001,359 | 257 - 7 | | 57.000,000 |
| 5195450200 | TRANSP LA VERDE-TIQ 191 GASTO EMERGENCIA NOV | 800,232,795 | 257 - 7 | | 19.000,000 |
| 5195450200 | EXPRESO GAVIOTA-TIQ 981 GASTO EMERGENCIA NOV | 860,062,440 | 257 - 7 | | 38.000,000 |
| 5195450200 | TRANSP LA VERDE-TIQ0190 GASTO EMERGENCIA NOV | 800,232,795 | 257 - 7 | | 19.000,000 |
| 2335950200 | PIEDAD PAEZ-GASTO EMERGENCIA NOV | 46,677,536 | 257 - 1 | Comp:L-300-00000000635,VTO: 1,F.VTO:2025/11/10 | -190.000,000 |

**OBSERVACIONES**

Elaborado e Impreso por Siigo

Elaborado por

Aprobado por

Corporación Infancia y Desarrollo

# REEMBOLSO DE GASTOS

FO-GF-03-07-03
FUMD: 17/01/2019

**PROYECTO:** Modalidad Hogar sustituto Contrato de aporte 15004032025

**FECHA:** 30/11/2025

**RESPONSABLE:** MADRE SUSTITUTA - PIEDAD PAEZ VALERIANO

| No. | FECHA | NIT/RUT | BENEFICIARIO | CONCEPTO | VALOR | RETENCION | VALOR NETO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 10/11/2025 | 820001359-8 | TRANSPINO | GASTO DE EMERGENCIA TIQUETE DESDE CHIQUINQUIRA - TUNJA CON DAVID LEONARDO RODRIGUEZ USSA y JUAN CARLOS ROA BENAVIDES | 57.000 | | 57.000 |
| 2 | 10/11/2025 | 800168382-2 | NUEVA FLOTA BOYACA S.A | GASTO DE EMERGENCIA TIQUETE DESDE TUNJA - CHIQUINQUIRA CON DAVID LEONARDO RODRIGUEZ USSA y JUAN CARLOS ROA BENAVIDES | 19.000 | | 19.000 |
| 3 | 10/11/2025 | 800168382-2 | NUEVA FLOTA BOYACA S.A | GASTO DE EMERGENCIA TIQUETE DESDE TUNJA - CHIQUINQUIRA CON DAVID LEONARDO RODRIGUEZ USSA y JUAN CARLOS ROA BENAVIDES | 19.000 | | 19.000 |
| 4 | 10/11/2025 | 800168382-2 | NUEVA FLOTA BOYACA S.A | GASTO DE EMERGENCIA TIQUETE DESDE TUNJA - CHIQUINQUIRA CON DAVID LEONARDO RODRIGUEZ USSA y JUAN CARLOS ROA BENAVIDES | 19.000 | | 19.000 |
| 5 | 10/11/2025 | 46.677.536 | PIEDAD PAEZ VALERIANO | CUENTA DE COBRO VIATICOS | 60.000 | | 60.000 |
| 6 | 19/11/2025 | 800.232.795 | TRANSPORTES LA VERDE S.A | GASTO DE EMERGENCIA TIQUETE DESDE CHIQUINQUIRA - TUNJA CON MIREYA MUÑOZ DUARTE | 19.000 | | 19.000 |
| 7 | 19/11/2025 | 800.232.795 | TRANSPORTES LA VERDE S.A | GASTO DE EMERGENCIA TIQUETE DESDE CHIQUINQUIRA - TUNJA CON MIREYA MUÑOZ DUARTE | 19.000 | | 19.000 |
| 8 | 19/11/2025 | 860.062.440 | EXPRESO GAVIOTA S.A. | GASTO DE EMERGENCIA TIQUETE DESDE TUNJA - CHIQUINQUIRA CON MIREYA MUÑOZ DUARTE | 38.000 | | 38.000 |
| 9 | 19/11/2025 | 46.677.536 | PIEDAD PAEZ VALERIANO | CUENTA DE COBRO VIATICOS | 60.000 | | 60.000 |
| 10 | | | | | | | 0 |
| 11 | | | | | | | 0 |
| 12 | | | | | | | 0 |
| 13 | | | | | | | 0 |
| 14 | | | | | | | 0 |
| 15 | | | | | | | 0 |
| 16 | | | | | | | 0 |
| 17 | | | | | | | 0 |
| 18 | | | | | | | 0 |
| 19 | | | | | | | 0 |
| 20 | | | | | | | 0 |
| 21 | | | | | | | 0 |
| 22 | | | | | | | 0 |
| 23 | | | | | | | 0 |
| | | | | TOTAL GASTOS | 310.000 | | 310.000 |

Elaborado: Piedad Paez
Nombre: PIEDAD PAEZ VALERIANO
Cargo: Madre Sustituta

Aprobado: _____
Nombre:
Cargo: Directora Financiera

Nueva Flota Boyacá S.A.
Vigilado SuperTransporte

## TIQUETE DE VIAJE

Hora imp: 2025-11-10T10:10

NUEVA FLOTA BOYACA S.A.
800168382-2

DIRECCION: 0
FECHA VIAJE: 2025-11-10T10:03
No TIQUET: 153792
SERVICIO: BASICO
Placa Int
UZK176 151
TIPO TIQUETE: NORMAL
POLIZA RCC: 1000626
SBS SEGUROS COLOMBIA SA
POLIZA RCE: 1000626
SBS SEGUROS COLOMBIA SA
Tipo:NIT Num:8300825447
NOMBRE:CORPORACION INFANCIA Y DE SARROLLO
RUTA: CHIQUINQUIRA->TUNJA
DESTINO: TUNJA
CANT:1 PUESTO: LIBRE

VALOR TIQUETE: 19000
VALOR TOTAL: 19000
** FELIZ VIAJE **
Tiquete no valido como soporte, la Factura Electronica llega por correo

---

## TIQUETE DE VIAJE

Hora imp: 2025-11-10T16:09

TRANSPINO
820001359-8

DIRECCION: TERMINAL TUNJA
FECHA VIAJE: 2025-11-10T05:00
No TIQUET: 24737
SERVICIO: BASICO
Placa Int
WOR767 67
Bahia Nro: 24
TIPO TIQUETE: NORMAL
POLIZA RCC: 1-110-1000490
SEGUROS BETA
POLIZA RCE: 1-110-1000490
SEGUROS BETA
Tipo:CC Num:8300825447
NOMBRE: infancia y desarrollo
CELULAR: 2222
RUTA: TUNJA->CHIQUINQUIRA
DESTINO PASAJERO: CHIQUINQUIRA
CANT:3 PUESTO: 2,3,4,

VALOR TIQUETE: 19000
VALOR TOTAL: 57000
** FELIZ VIAJE **

---

Nueva Flota Boyacá S.A.
Vigilado SuperTransporte

## TIQUETE DE VIAJE

Hora imp: 2025-11-10T10:11

NUEVA FLOTA BOYACA S.A.
800168382-2

DIRECCION: 0
FECHA VIAJE: 2025-11-10T10:03
No TIQUET: 153793
SERVICIO: BASICO
Placa Int
UZK176 151
TIPO TIQUETE: NORMAL
POLIZA RCC: 1000626
SBS SEGUROS COLOMBIA SA
POLIZA RCE: 1000626
SBS SEGUROS COLOMBIA SA
Tipo:NIT Num:8300825447
NOMBRE:CORPORACION INFANCIA Y DE SARROLLO
RUTA: CHIQUINQUIRA->TUNJA
DESTINO: TUNJA
CANT:1 PUESTO: LIBRE

VALOR TIQUETE: 19000
VALOR TOTAL: 19000
** FELIZ VIAJE **
Tiquete no valido como soporte, la Factura Electronica llega por correo

---

Nueva Flota Boyacá S.A.
Vigilado SuperTransporte

## TIQUETE DE VIAJE

Hora imp: 2025-11-10T10:12

NUEVA FLOTA BOYACA S.A.
800168382-2

DIRECCION: 0
FECHA VIAJE: 2025-11-10T10:03
No TIQUET: 153794
SERVICIO: BASICO
Placa Int
UZK176 151

**TRATAMIENTO ODONTOLOGICO**

**Fecha: 2025-11-10**

**Evolución:** Hora: 14:55 lote : 05112025

SE DA EXPLICACION ANATOMICA, FISIOLOGICA Y PATOLOGICA SOBRE EL TEMA ESPECIFICO DE UNA POSIBLE LESION A SENO MAXILAR SE INFORMAN RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO QUE APARECEN CONSIGNADOS EN EL CONSENTIMIENTO INFORMADO COMO SON: DOLOR, SANGRADO, INFLAMACION, INFECCION, DAÑO A ESTRUCTURAS VECINAS, COMUNICACION OROANTRAL, GENERACIÒN Y/O AGUDIZACIÒN DE PATOLOGÌA SINUSAL, HEMATOMAS, EQUIMOSIS, ABRASION DE COMISURAS LABIALES, FRACTURA DE AGUJAS, REACCIONES DE HIPERSENSIBILIDAD A LOS ANESTESICOS LOCALES Y/O ELEMENTOS O MATERIALES UTILIZADOS PARA LA ATENCION, SINCOPE, FRACTURAS NO DESEADAS, DESPLAZAMIENTOS DENTALES O DE INSTRUMENTAL A OTRAS LOCALIZACIONES ANATOMICAS, ALTERACIONES EN ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR, IMPOSIBILIDAD DE EXODONCIAS COMPLETAS, ENFISEMA, OTROS

PACIENTE LEE ACEPTA Y FIRMA CONSENTIMIENTO INFORMADO.

PROGRAMACION EXODONCIA DE 37 .ACEPTA ANEXO DE RIESGO Y FIRMA CONSENTIMIENTO PACIENTE SIN CONTRAINDICACION ACTUAL PARA CIRUGIA, SE RECIBE CONSENTIMIENTO INFORMADO FIRMADO Y SE REALIZA PROCEDIMIENTO COMO SIGUE:

1. ASEPCIA, ANTISEPCIA E IMPOSICION DE CAMPOS QUIRURGICOS
2. LIDOCAINA 2% EPINEFRINA 1:80.000 TECNICAS TRONCULAR E INFILTRATIVA DE ZONA A INTERVENIR
3. INCISION Y ELEVACION DE COLGAJO DE ESPESOR TOTAL EN ZONA DE 37
4. OSTEOTOMIA, ODONTOSECCION Y EXODONCIA DE 37
5. ELIMINACION DE FOLICULO E IRRIGACION DE CAVIDAD ALVEOLAR CON SOLUCION SALINA
6. CONTROL DE HEMOSTASIA Y SUTURA DE ABORDAJE CON SEDA 3-0.

PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACIONES INTRAOPERATORIAS. SE COMENTAN RECOMENDACIONES POSTQUIRURGICAS, SE ENTREGA HOJA CON INFORMACION Y SE ADVIERTEN SIGNOS DE ALARMA.

PACIENTE SALE DEL PROCEDIMIENTO EN MISMAS CONDICIONES DE INGRESO.

Profesional ACONCHA SUAREZ MARIA CLARAALEJANDR
Registro: 1056483152
Area Md: CIRUGIA MAXILOFACIAL



1003882795

********** HASTA AQUI LA HISTORIA CLINICA *******

## ODONTOGRAMA DE TRATAMIENTO

Odontograma Tratamiento:

Profesional: MATEUS MATEUS ERIKA TATIANA / ODONTOCLINICAS MR S.A. - SEDE BOYACA - ODONTOLOGIA

Fecha Atencion: Historia: HC PC 0143 BOT del 2025-11-10 Estado: C

Odontograma Tto:

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Desobturación de conducto | Curetaje Apical | Gingivectomia | Pulpectomia | Reposición de Bracketa | Aparatología + Sesion |
| Retiro de Poste Radicular | Corona metal porcelana | Placa NMI + estabilizadora | Aplicación de Flúor | Raspaje y alisado a Campo Abierto | Prótesis |
| Carilla cerámica | Profilaxis | Provisional | Carilla resina | Frenilectomia | Alizado Radicular Campo Cerrado |
| Detartraje | Implante | Obturación Retrograda | Corona | Endodoncia | Inmovilización |
| Artrocentesis Temporomandibular | Control de placa | Evaluar Endodoncia | Reparación o Plastia Periodontal | Radiografías | Examen Clínico |
| Nucleo | Resina o Ionomero | Corona cerámica | Exodoncia | Sellantes | Blanqueamiento General |
| Blanqueamiento Interno | Reparación Ortodoncia | Montaje de Ortodoncia | Control de Ortodoncia | | |

Seleccionado:

Arcada Superior

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 18 | 17 | 16 | 15 | 14 | 13 | 12 | 11 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | |
| Cuadrante Superior Derecho | 55 | 54 | 53 | 52 | 51 | | | 61 | 62 | 63 | 64 | 65 | Cuadrante Superior Izquierdo | | | |
| Cuadrante Inferior Derecho | 85 | 84 | 83 | 82 | 81 | | | 71 | 72 | 73 | 74 | 75 | Cuadrante Inferior Izquierdo | | | |
| 48 | 47 | 46 | 45 | 44 | 43 | 42 | 41 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 | |

Arcada Inferior

**2025-11-10**

### ODONTOGRAMA DE TRATAMIENTO

| Fecha | Diente | Nombre | Cara | Procedimiento | Observar |
|---|---|---|---|---|---|
| 2025-11-10 | 99 | General | | Examen Clinico | |

### TRATAMIENTO ODONTOLOGICO

**Fecha: 2025-11-10**

**Evolución:** Hora: 15:00 PACIENTE ASISTE A CONSULTA PARA REALIZAR RESINA DE DIENTE 26, SE REALIZA DESFOCALIZACION PERO SE EVIDENCIA QUE HAY EXPOSICION DE PULPAR SE LE EXPLICA A LA ACUDIENTE QUE LO IDEAL ES REALIZAR TRATAMIENTO ENDODONTICO, ACUDIENTE REFIERE QUE DESEA REALIZAR LA EXODONCIA. SE EXPLICAN POSIBLES COMPLICACIONES ACUDIENTE ENTIENDE Y REFIERE QUE DESEA REALIZAR LA EXODONCIA. SE GENERA SOLICITUD PARA REALIZAR EXODONCIA DIENTE 26

Profesional MATEUS MATEUS ERIKA TATIANA
Registro: 1049619210
Area Md: ODONTOLOGIA

Firma de/por paciente:
1007135143

********** HASTA AQUí LA HISTORIA CLINICA *******

TRANSPORTES LA VERDE S.A.
800232795

Agencia CHIQUINQUIRA SALIDA
TIQUETE DE VENTA TC3 30191

Fecha de viaje: 2025-11-19
Hora de viaje: 09:50:00
Bus: ILX721 1106
Puesto: 11
Sale de: CHIQUINQUIRA SALIDA a TUNJA
Valor: 19,000
Pasajero: 8300825447 - CORPORACION INFANCI
A Y DESARROLLO
Fecha Venta: 2025-11-19 06:01:26
Vendedor: CANACHO HERNANDEZ CARLOS ANDRES

CONDICIONES DE VIAJE
Este tiquete solo es valido en la fecha y hora indicada. No se devuelve dinero.
Se reexpedira segun disponibilidad.
No se responde por joyas,valores o equipos de tecnologia al interior de los mismos, o equipaje transportado fuera de la bodega o incorrectamente etiquetado
Este tiquete es valido hasta el destino indicado, en la fecha y hora acordada

CUDE:584e52fa322c3ed0a50aaa9e66b9008a9c8
40264le806aff239e55b45524ddc4c37d8f
894b0f471e5b90f217663876ee

Documento Electronico Equivalente POS
Tiquete de Transporte Terrestre de Pasajeros
AUTORIZACION DE NUMERACION
18764076072505 del 2024-07-30 al 2026-07-3
0
AUTORIZA CON PREFIJO TC3 del 16197 al 4800
0
Emitida por INFORMANEB ERP
RSN IT SOLUTIONS S.A.S - Nit: 860353676-3

TRANSPORTES LA VERDE S.A.
800232795

Agencia CHIQUINQUIRA SALIDA
TIQUETE DE VENTA TC3 30190

Fecha de viaje: 2025-11-19
Hora de viaje: 09:50:00
Bus: ILX721 1106
Puesto: 10
Sale de: CHIQUINQUIRA SALIDA a TUNJA
Valor: 19,000
Pasajero: 8300825447 - CORPORACION INFANCI
A Y DESARROLLO
Fecha Venta: 2025-11-19 06:01:26
Vendedor: CANACHO HERNANDEZ CARLOS ANDRES

CONDICIONES DE VIAJE
Este tiquete solo es valido en la fecha y hora indicada. No se devuelve dinero.
Se reexpedira segun disponibilidad.
No se responde por joyas,valores o equipos de tecnologia al interior de los mismos, o equipaje transportado fuera de la bodega o incorrectamente etiquetado
Este tiquete es valido hasta el destino indicado, en la fecha y hora acordada

CUDE:ca0ed0ed0ed0ed0ed0ed0ed0ed0ed0ed0ed0
ed0ed0ed0ed0ed0ed0ed0ed0ed0ed0ed0ed0ed0ed0
ed0ed0ed0ed0ed0ed0ed0ed0ed0ed0ed0ed0ed0ed0

Documento Electronico Equivalente POS
Tiquete de Transporte Terrestre de Pasajeros
AUTORIZACION DE NUMERACION
18764076072505 del 2024-07-30 al 2026-07-3
0
AUTORIZA CON PREFIJO TC3 del 16197 al 4800
0
Emitida por INFORMANEB ERP
RSN IT SOLUTIONS S.A.S - Nit: 860353676-3

Expreso Gaviota

**********
DOCUMENTO EQUIVALENTE
ELECTRONICO TIQUETE
DE TRANSPORTE TERRESTRE
DE PASAJEROS
Expreso Gaviota S.A.
Nit:860062440
19-TUNJA
Direccion:DIAGONAL 23 No 69 -60
Telefonos:6014108971
**********
TIQUETE:G78-24981-0
Fecha de Salida: 2025-11-19
Hora Salida:10:05
Servicio:CORRIENTE
Pasajero: (2) 8300825447
infancia y desarrollo

Forma de Pago: E
Sillas: 3-4

Ruta:TUNJA (BOY) CHIQUINQUIRA
Origen: TUNJA (BOY)
Destino
CHIQUINQUIRA 19,000.00
Gran Total: 38,000.00

Placa: SPW805
Interno: 03005

Poliza: 023622088
860026182 ALLIANZ SEGUROS S.A.
Vence:2026-05-08

Serial:CATKMFZ9SGQK79GA
Usuario: POS118
Apertura: 131098
Imp: 2025-11-19 10:07:45
Milenium Android:4.89 25/09/2025 03:23 Pm
www.gestioninformatica.com.co
Fabricante:830089602-8 GESTION INFORMATICA Y FINANCIERA SAS
Terminal Silla (3)

Terminal Silla (4)

Expreso Gaviota

**********
DOCUMENTO EQUIVALENTE
ELECTRONICO TIQUETE
DE TRANSPORTE TERRESTRE
DE PASAJEROS
Expreso Gaviota S.A.
Nit:860062440
19-TUNJA
Direccion:DIAGONAL 23 No 69 -60
Telefonos:6014108971
**********
TIQUETE:G78-24982-0
Fecha de Salida: 2025-11-19
Hora Salida:10:05
Servicio:CORRIENTE
Pasajero: (2) 8300825447
infancia y desarrollo

Forma de Pago: E
Sillas: 3-4

Ruta:TUNJA (BOY) CHIQUINQUIRA
Origen: TUNJA (BOY)
Destino
CHIQUINQUIRA 19,000.00
Gran Total: 38,000.00

Placa: SPW805
Interno: 03005

Poliza: 023622088
860026182 ALLIANZ SEGUROS S.A.
Vence:2026-05-08

Serial:CATKMFZ9SGQK79GA
Usuario: POS118
Apertura: 131098
Imp: 2025-11-19 10:07:45
Milenium Android:4.89 25/09/2025 03:23 Pm
www.gestioninformatica.com.co
Fabricante:830089602-8 GESTION INFORMATICA Y FINANCIERA SAS
Terminal Silla (3)

# HISTORIA CLINICA
## ESE CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE BOYACA
Nit. 891800982
Dir. Kilómetro 1 Vía a Soracá - Tel. 3176548208

Código Plantilla:EV001
Fecha Historia:19/11/2025 09:08
Lugar y Fecha:TUNJA,BOYACA 19/11/2025 09:08
Documento y Nombre del Paciente: TI 1056784319 MIREYA MUÑOZ DUARTE
Administradora: FAMISANAR EPS Convenio: SUBSIDIADO Tipo de Usuario: BENEFICIARIO NIVEL 1
No Historia: 1056784319 Cons. Historia: 2490770
Atención: Ambulatorio

**Datos Generales**
**Historia:** 1056784319 **Nombre:** MIREYA MUÑOZ DUARTE
**Hora:** 09:07
**Evolucion Actual**
**Descripcion.:** Psiquiatría infantil Edad 11 años Escolaridad 3 inclusión Procedencia saboya Asiste con madre sustituta Piedad Mc "continuar controles" Paciente cor antecedente de discapacidad cognitiva según la historia clínica tiene CIT 40 . desde hace 20 días fue reubicada en actual hogar sustituto. Estaba en seguimiento por psiquiatría infantil en Ibagué recibió metilfenidato y melatonina actualmente sin ninguna orden de medicamentos, según la historia no respuesta a metilfenidato. Requiere de ayuda para bañarse, vestirse, no se amarra los zapatos, come sola. No sabe leer ni escribir. No ayuda en ninguna labor de la casa. No episodios de agitación ni agresividad, sigue instrucciones, en ocasiones pataletas cuando se le niega algo. En el colegio no hay reporte de síntomas conductuales no hace las actividades escolares ANTECEDENTES Discapacidad cognitiva Menarca no Resto desconocidos EXAMEN MENTAL Alerta orientada, dislalias múltiples, afecto inapropiado, pueril pensamiento lógico concreto no cogniciones depresivas, no alteraciones en la sensopercepción inteligencia por debajo del promedio. Sigue ordenes simples.
**AYUDAS DIAGNOSTICAS**
**Reportes de laboratorio:** escribir resultados reportes de laboratorio **Reportes Imagenologicos:** describir imagenes ( rx,ecografias, etc.).
**Impresion Diagnostico**
**Dx. Principal:** F710-RETRASO MENTAL MODERADO: DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO NULO O MINIMO
**Finalidad de la Consulta:** Tratamiento **Causa Externa:** Enfermedad general
**PLAN DE MANEJO**
**Plan de manejo.:** Paciente con antecedente de discapacidad cognitiva moderada según la historia clínica tiene cit 40. Reciente ubicación en hogar sustituto, no reporte de interferencias que requieran de manejo farmacológico hasta el momento. Según madre sustituta ya tiene certificado de discapacidad , solicitan se renueve la orden de neurología pediátrica Control 1 año Neurología pediátrica se renueva orden
**Signos de Alarma:** SIGNOS DE ALARMA **Recomendaciones::** RECOMENDACIONES .

Nataly Briceño Jimenez

DR. NATALY BRICEÑO JIMENEZ
CC 1110478045
Especialidad. PSIQUIATRIA
Registro. 254912013

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 | 2025/12/08 | 2025/12/12 |

| Estado |
|---|

**Detalle**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Beneficiario/Cliente a Debitar** | Piedad Paez Valeriano | **No. Producto** | 24040104425 |
| **No. Identificación** | 46677536 | **Entidad Financiera** | BANCO CAJA SOCIAL |
| **Tipo Producto Origen** | Cuenta Ahorros | **No. Comprobante** | 1702 |
| **No. Producto Origen/Recaudador** | 251847976 | **Forma de pago** | |
| **Fecha Pago/Débito** | 2025/12/10 | **Aviso al beneficiario** | N |
| **Fecha Transacción** | 2025/12/10 | **Estado de Aviso** | |
| **Valor Transacción** | $310,000.00 | **Fecha de Aviso** | |
| **Comisión** | 0 | **Medio Utilizado** | - |
| **IVA** | 0 | **No. Transacción** | 251A3212534400VP |
| **Estado** | EXT | **Información** | Gastos de Emer Nov 2025 |
| **Descripción de Estado** | Exitoso | **Fecha Cobro** | 2025/12/10 |
| **Causal de Rechazo** | - | **No. Factura** | - |
| **No. Control** | OYJ004LQFU | **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 - 34276**

| | |
|---|---|
| **Señores** | PAEZ VALERIANO NINFA DEICY |
| **NIT** | 52.045.288-7 |
| **Dirección** | VEREDA PUENTE DE TIERRA |
| **Teléfono** | 3114556146 |
| **Ciudad** | SABOYA - COLOMBIA |
| **Factura Proveedor** | -0 |

| Fecha Comprobante | Fecha Vencimiento |
|---|---|
| 2025-11-30 | 2025-11-30 |

| Código | Descripción | Unid | Cant | V. Unit | Valor Total |
|---|---|---|---|---|---|
| 5195450200 | NINFA PAEZ-GASTO EMERGENCIA NOV | | 0 | .00 | 80,000.00 |

| | |
|---|---|
| **Total Bruto** | 80,000.00 |
| **Total a Pagar** | **$ 80.000,00** |

**CONDICION DE PAGO**

Cuenta Por Pagar 80.000,00 Cuota 2 P - 003- 34276 Vence el 2025-11-30

**VALOR EN LETRAS**

Ochenta 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 :d439bdd369af24cf585336e221ca6f6b9675a7fc64692e0da59a6cef61ce4b9f3f0905eebf79cb43d4d2c12b2c88901d

CUENTA DE COBRO

CORPORACION INFANCIA Y DESARROLLO
NIT 830.082.544-7

PROYECTO

HOGARES SUSTITUTOS CONTRATO 15004032025

D E B E  A:

NINFA DEISY PAEZ VALERIANO
NIT:
52045288

La Suma de: $ 80.000 OCHENTA MIL PESOS

Por concepto de

Gastos de emergencia- Viaticos para traslado por citas medicas del beneficiario JOSE RAMON MELGAREJO CERERO el dia 13/11/2025 de Chiquinquira a Tunja.

| | |
|---|---|
| Fecha: | 30/11/2025 |
| Banco | BANCO CAJA SOCIAL |
| Tipo de | AHORROS |
| No cuenta | 24040103554 |

Atentamente

NINFA DEISY PAEZ VALERIANO
52045288
Departamento Boyacá
Direccion VEREDA PUENTE DE TIERRA
E - mail ninfapaez88@gmail.com
Cel o Tel 3114556146

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*<br>*HOGARES SUSTITUTOS CONTRATO 15004032025* | | | *FO-GF-02-02-05*<br>*FUMD: 25/10/2022* |
|---|---|---|---|---|
| NOMBRE Y APELLIDOS | NINFA DEISY PAEZ VALERIANO | | | DOC. EQUIVALENTE A LA FACTURA No. |
| 52.045.288 | DIRECCION | CIUDAD O DPTO | CEL O TEL | FECHA DE ELABORACIÓN |
| | VEREDA PUENTE DE TIERRA | Boyacá | 3114556146 | 30/11/2025 |
| CANTIDAD | CONCEPTO | | | VALOR |
| | VIATICOS<br>Gastos de emergencia- Viaticos para traslado por citas medicas del beneficiario JOSE RAMON MELGAREJO CERERO el dia 13/11/2025 de Chiquinquira a Tunja. | | | $ 80.000 |

| | | |
|---|---|---|
| VALOR EN LETRAS: OCHENTA MIL PESOS | Subtotal | $ 80.000 |
| | Rte Renta | $ 0 |
| | Rete Fuente | $ 0 |
| | Rete Ica | $ 0 |
| | Descuentos CID | |
| | Total a Pagar | $ 80.000 |

| | NOMBRE Bco. | TIPO CUENTA | CUENTA No. | |
|---|---|---|---|---|
| POR FAVOR | BANCO CAJA SOCIAL | AHORROS | 24040103554 | |

ACEPTO: Ninfa Deisy Paez Valeriano

CORPORACION INFANCIA Y DESARROLLO
NIT : 830,082,544 - 7
CALLE 24D N 40-29
3176460751 - 3185863257
BOGOTA - COLOMBIA

**HOGARES SUSTITUTOS 15004032025**

**L - 300 - 636**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Señores** | TRANSPORTE EL PINO SABOYA S.A | | |
| **NIT** | 820,001,359 - 8 | **Teléfono** | |
| **Dirección** | CARRERA 10 N 5-15 | **Ciudad** | SABOYA - COLOMBIA |

**Fecha Comprobante**

2025-11-13

| Código | DescripcionLargaProducto | NIT | C.C | Detalle | Valor |
|---|---|---|---|---|---|
| 5195450200 | TRTANSP PINO-TIQ 84 GASTO EMERGENCIA NOV | 820,001,359 | 257 - 7 | | 19.000,000 |
| 5195450200 | TRTANSP PINO-TIQ 85 GASTO EMERGENCIA NOV | 820,001,359 | 257 - 7 | | 19.000,000 |
| 5195450200 | TRANSP REINA-TIQ 559 GASTO EMERGENCIA NOV | 800,214,444 | 257 - 7 | | 19.000,000 |
| 5195450200 | TRANSP REINA-TIQ 559 GASTO EMERGENCIA NOV | 800,214,444 | 257 - 7 | | 19.000,000 |
| 2335950200 | NINFA PAEZ-GASTO EMERGENCIA NOV | 52,045,288 | 257 - 1 | Comp:L-300-00000000636,VTO: 1,F.VTO:2025/11/13 | -76.000,000 |

**OBSERVACIONES**

Elaborado e impreso por Sigo

Elaborado por

Aprobado por

Corporación Infancia y Desarrollo

# REEMBOLSO DE GASTOS

FO-GF-03-07-03
FUMD: 17/01/2019

**PROYECTO:** Modalidad Hogar sustituto Contrato de aporte 15004032025

**FECHA:** 30/11/2025

**RESPONSABLE:** MADRE SUSTITUTA - NINFA DEISY PAEZ VALERIANO

| No: | FECHA | NIT/RUT | BENEFICIARIO | CONCEPTO | VALOR | RETENCION | VALOR NETO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 13/11/2025 | 800.214.444 | TRANSPORTES REINA S.A | GASTO DE EMERGENCIA TIQUETE DESDE - CHIQUINQUIRA - TUNJA CON JOSE RAMON MELGAREJO CERERO | 19.000 | | 19.000 |
| 2 | 13/11/2025 | 800.214.444 | TRANSPORTES REINA S.A | GASTO DE EMERGENCIA TIQUETE DESDE - CHIQUINQUIRA - TUNJA CON JOSE RAMON MELGAREJO CERERO | 19.000 | | 19.000 |
| 3 | 13/11/2025 | 820001359-8 | TRANSPINO | GASTO DE EMERGENCIA TIQUETE DESDE - TUNJA - CHIQUINQUIRA CON JOSE RAMON MELGAREJO CERERO | 19.000 | | 19.000 |
| 4 | 13/11/2025 | 820001359-8 | TRANSPORTES REINA S.A | GASTO DE EMERGENCIA TIQUETE DESDE - TUNJA - CHIQUINQUIRA CON JOSE RAMON MELGAREJO CERERO | 19.000 | | 19.000 |
| 5 | 13/11/2025 | 52.045.288 | NINFA DEISY PAEZ VALERIANO | CUENTA DE COBRO VIATICOS | 80.000 | | 80.000 |
| 6 | | | | | | | 0 |
| 7 | | | | | | | 0 |
| 8 | | | | | | | 0 |
| 9 | | | | | | | 0 |
| 10 | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | |
| 18 | | | | | | | |
| 19 | | | | | | | |
| 20 | | | | | | | |
| 21 | | | | | | | |
| 22 | | | | | | | |
| 23 | | | | | | | |
| | | | | TOTAL GASTOS | 156.000 | | 156.000 |

Elaborado
Nombre: NINFA DEISY PAEZ VALERIANO
Cargo: Madre Sustituta

Aprobado: _____
Nombre:
Cargo: Directora Financiera

## TIQUETE DE VIAJE

Hora imp: 2025-11-13T16:07

TRANSPINO
820001359-8

DIRECCION: TERMO
FECHA VIAJE: 202 :06
No TIQUET: 084
SERVICIO: ICO
Placa Int
WOR742 42
Bahia Nro: 24
TIPO TIQUETE: MAL
POLIZA RCC: 90
POLIZA RCE
Tipo:CC 25447
NOMBRE: infancia y desarrollo
CELULAR: 2222
RUTA: TUNJA->CHIQUINQUIRA
DESTINO PASAJERO: CHIQUINQUIRA
CANT:1 PUESTO: 1,

VALOR TIQUETE: 19000
VALOR TOTAL: 19000

** FELIZ VIAJE **

## TIQUETE DE VIAJE

Hora imp: 2025-11-13T16:08

TRANSPINO
820001359-8

DIRECCION: TERMINAL TUNJA
FECHA VIAJE: 2025-11-13T16:06
No TIQUET: 25085
SERVICIO: BASICO
Placa Int
WOR742 42
Bahia Nro: 24
TIPO TIQUETE: NORMAL
POLIZA RCC: 1-110-1000490
SEGUROS BETA
POLIZA RCE: 1-110-1000490
SEGUROS BETA
Tipo:CC Num:83008325447
NOMBRE: infancia y desarrollo
CELULAR: 2222
RUTA: TUNJA->CHIQUINQUIRA
DESTINO PASAJERO: CHIQUINQUIRA
CANT:1 PUESTO: 2,

VALOR TIQUETE: 19000
VALOR TOTAL: 19000

** FELIZ VIAJE **

## TRANSPORTES REINA S.A.
800214444

Agencia CHIQUINQUIRA SALIDA
TIQUETE DE VENTA TC6 25559

Fecha de viaje: 2025-11-13
Hora de viaje: 11:34:00
Bus: TLX604 423
Puesto: 06
Sale de: CHIQUIN SALIDA a TUNJA
Valor: 19.000
Pasajero: 83008325447 - INFANCIA Y DESARROL
LO
Fecha Venta: 2025-11-13 11:46:45
Vendedor: SALINAS ROBAYO DANIEL .

CONDICIONES DE VIAJE
Este tiquete solo es valido en la fecha y hora indicada. No se devuelve dinero.
Se reexpedira segun disponibilidad.
No se responde por joyas,valores o equipos de tecnologia al interior de los mismos, o equipaje transportado fuera de la bodega o incorrectamente etiquetado
Este tiquete es valido hasta el destino indicado, en la fecha y hora acordada

CUDE:50cbd7612d3055ecee147d1884bdd5b7aab853e9f777fbec0bffa70f64ad16ee59520d8266ada37e44124af53969538a

Documento Electronico Equivalente POS Tiquete de Transporte Terrestre de Pasajeros
AUTORIZACION DE NUMERACION 18764075736681 del 2024-07-25 al 2026-07-25
AUTORIZA CON PREFIJO IC6 del 6999 al 12000
Emitida por INFORHAWEB ERP
RSN IT SOLUTIONS S.A.S - Nit: 860353676-3

## TRANSPORTES REINA S.A.
800214444

Agencia CHIQUINQUIRA SALIDA
TIQUETE DE VENTA TC6 25560

Fecha de viaje: 2025-11-13
Hora de viaje: 11:34:00
Bus: TLX604 423
Puesto: 07
Sale de: CHIQUIN SALIDA a TUNJ
Valor: 19,000
Pasajero: 83008325447 - INFANCIA Y DI
LO
Fecha Venta: 2025-11-13 11:48:
Vendedor: SALINAS ROBAYO DANIEL

CONDICIONES DE VIAJE
Este tiquete solo es valido en la f
hora indicada. No se devuelve din
Se reexpedira segun disponibilid
No se responde por joyas,valores o
de tecnologia al interior de los m
o equipaje transportado fuera de la
o incorrectamente etiquetado
Este tiquete es valido hasta el des
dicado, en la fecha y hora acorda

CUDE:7fe4cf0df73961e60a54c60de9410d
a4a764ae19fab05216a46b4028f9b302
cf7795d39f03eaa6daa819752e

Documento Electronico Equivalente
Tiquete de Transporte Terrestre
Pasajeros
AUTORIZACION DE NUMERACION
18764075736681 del 2024-07-25 al 20
AUTORIZA CON PREFIJO IC6 del 6999 a
0
Emitida por INFORHAWEB ERP
RSN IT SOLUTIONS S.A.S - Nit: 86035

HOSPITAL UNIVERSITARIO San Rafael de Tunja

San Rafa Alma, vida y corazón

| IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE | |
|---|---|
| Tipo y número de identificación: CC 1057892229 | |
| Paciente: JOSE RAMON MELGAREJO CERERO | |
| Fecha y hora de nacimiento (dd/mm/aaaa hh:mm): 28/04/2005 00:00 | |
| Edad y género: 20 Años, Masculino | |
| Identificador único: 668986 | Financiador: NUEVA EPS-S |



## HISTORIA CLÍNICA

Nota Aclaratoria:

**La información a continuación transcrita son apartes tomados en fiel copia de la historia clínica del paciente para fines netamente administrativos. Para la toma de decisiones clínicas por favor remitirse al texto completo de la historia clínica, de conformidad con lo establecido en la legislación colombiana vigente.**

Fecha apertura: 13/11/2025 15:24
Fecha: 13/11/2025 15:35 - Ambulatoria - Ubicación: S1 CONSULTA EXT CLINICO - Servicio: CONSULTA EXTERNA

Consulta médica - Tratante - NEUROCIRUGIA

Tipo de valoración: Tipo de consulta: Primera vez
Finalidad: Otra
Causa externa: ENFERMEDAD GENERAL

ANAMNESIS
Motivo de consulta: PACIENTE QUIEN VIENE EN SEGUIMIENTO DE ESCOLIOSIS
Enfermedad actual: PACIENTE DE 20 AÑOS DE EDAD EN SEGUIMIENTO DE ESCOLIOSIS. ACTUALMENTE NIEGA DOLOR, NIEGA OTROS SINTOMAS ASOCIADOS. PACIENTE QUIEN VIENE EN SEGUIMIENTO CON NEUROLOGIA POR RETRASO NEUROCOGNITIVO, ULTIMO CONTROL EN 20 DE AGOSTO DEL 2025.

EXAMEN FÍSICO
Presión arterial (mmHg): 115/70, Presión arterial media(mmHg): 85
Frecuencia cardiaca(Lat/min): 74 Frecuencia respiratoria(Respi/min): 18
Saturación de oxígeno 92%, sin oxígeno FIO2 (Fracción inspirada de oxígeno)(%): 21
Temperatura(°C): 36. 7 Escala del dolor: 0 Estado de conciencia: Alerta

Examen Físico:
Neurológico y Mental
Neurológico y Mental : PACIENTE CON RETRASO NEUROCOGNITIVO, EN EL MOMENTO SIN SIGNOS DE RADICULOPATIA, SIN FOCALIZACION NEUROLOGICA, FUERZA MUSCULAR CONSERVADA EN 4 EXTREMIDADES.

Diagnósticos activos después de la nota Z736 - PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA LIMITACION DE LAS ACTIVIDADES DEBIDO A DISCAPACIDAD, Fecha de diagnóstico: 29/03/2023, Edad al diagnóstico: 17 Años, F711 - RETRASO MENTAL MODERADO: DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO SIGNIFICATIVO - QUE REQUIERE ATENCION O TRATAMIENTO, Fecha de diagnóstico: 10/02/2017, Edad al diagnóstico: 11 Años, Diagnóstico de ingreso - M419 - ESCOLIOSIS - NO ESPECIFICADA, Fecha de diagnóstico: 13/11/2025, Edad al diagnóstico: 20 Años.

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis del caso: PACIENTE DE 20 AÑOS DE EDAD EN SEGUIMIENTO DE ESCOLIOSIS. ACTUALMENTE NIEGA DOLOR, NIEGA OTROS SINTOMAS ASOCIADOS. PACIENTE QUIEN VIENE EN SEGUIMIENTO CON NEUROLOGIA POR RETRASO NEUROCOGNITIVO, ULTIMO CONTROL EN 20 DE AGOSTO DEL 2025. A LA VALORACION FISICA CON HIPERCIFOSIS DORSAL, APORTA RC DE COLUMNA LA CUAL MUESTRA HIPERCIFOSIS DORSAL EN EL MOMENTO SIN REQUERIMIENTO DE MANEJO NEUROQUIRURGICO.
Plan de manejo: PLAN
SE SOLICITA RX DE COLUMNA TOTAL EN 1 AÑO
CONTROL POR NEUROCIRUGIA EN 1 AÑO
SE SOLICITA FISIOTERAPIA DE REHABILITACION 30 SESIONES
Observaciones: VER HC VER HC.

**RECOMENDACIONES PARA EL PACIENTE**
**Otras Recomendaciones: .**

**RECUERDE**

Su recuperación depende del cumplimiento del tratamiento y del apoyo familiar si lo necesita.

Si tiene alguna duda sobre el tratamiento ordenado relacionado con como tomar los medicamentos, hora de administración, reacciones, etc.: Hora en que se debe tomar los medicamentos, reacción, precauciones. Pregunte al personal médico y/o de enfermería ANTES DE SALIR DEL HOSPITAL.

| IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE | |
|---|---|
| Tipo y número de identificación: CC 1057892229 | |
| Paciente: JOSE RAMON MELGAREJO CERERO | |
| Fecha y hora de nacimiento (dd/mm/aaaa hh:mm): 28/04/2005 00:00 | |
| Edad y género: 20 Años, Masculino | |
| Identificador único: 668986 | Financiador: NUEVA EPS-S |



Nota Aclaratoria:

La información a continuación transcrita son apartes tomados en fiel copia de la historia clínica del paciente para fines netamente administrativos. Para la toma de decisiones clínicas por favor remitirse al texto completo de la historia clínica, de conformidad con lo establecido en la legislación colombiana vigente.

Edwin Ortiz

Firmado por: EDWIN GIOVANY ORTIZ ROJAS, NEUROCIRUGIA, Registro 1032656135, CC 1032656135, el 13/11/2025 15:36

## ÓRDENES MÉDICAS

Ambulatoria/Externa - IMAGENOLOGIA - 13/11/2025 15:36
871060 RADIOGRAFIA DE COLUMNA VERTEBRAL TOTAL
se solicita en 1 año, paciente con escoliosis ideopatica ens eguimiento
Estado: Ordenado

Ambulatoria/Externa - CONSULTAS - 13/11/2025 15:37
890373 CONSULTA CONTROL O SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA NEUROCIRUGIA
1 Año (s)
NEUROCIRUGIA
Condición clínica del paciente
con resultados de rx columna total
Estado: Ordenado

Ambulatoria/Externa - TERAPIAS - 13/11/2025 15:38
931001 TERAPIA FISICA INTEGRAL
Estado: Ordenado

Ambulatoria/Externa - TERAPIAS - 13/11/2025 15:38
931001 TERAPIA FISICA INTEGRAL
Estado: Ordenado

Ambulatoria/Externa - TERAPIAS - 13/11/2025 15:38
931001 TERAPIA FISICA INTEGRAL
Estado: Ordenado

Ambulatoria/Externa - TERAPIAS - 13/11/2025 15:38
931001 TERAPIA FISICA INTEGRAL
Estado: Ordenado

Ambulatoria/Externa - TERAPIAS - 13/11/2025 15:38
931001 TERAPIA FISICA INTEGRAL
Estado: Ordenado

Ambulatoria/Externa - TERAPIAS - 13/11/2025 15:38
931001 TERAPIA FISICA INTEGRAL
Estado: Ordenado

Ambulatoria/Externa - TERAPIAS - 13/11/2025 15:38
931001 TERAPIA FISICA INTEGRAL
Estado: Ordenado

Ambulatoria/Externa - TERAPIAS - 13/11/2025 15:38
931001 TERAPIA FISICA INTEGRAL
Estado: Ordenado

Ambulatoria/Externa - TERAPIAS - 13/11/2025 15:38
931001 TERAPIA FISICA INTEGRAL
Estado: Ordenado

Ambulatoria/Externa - TERAPIAS - 13/11/2025 15:38
931001 TERAPIA FISICA INTEGRAL
Estado: Ordenado

Ambulatoria/Externa - TERAPIAS - 13/11/2025 15:38
931001 TERAPIA FISICA INTEGRAL
Estado: Ordenado

Ambulatoria/Externa - TERAPIAS - 13/11/2025 15:38
931001 TERAPIA FISICA INTEGRAL
Estado: Ordenado

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 | 2025/12/08 | 2025/12/12 |

| Estado |
|---|

**Detalle**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Beneficiario/Cliente a Debitar** | Ninfa Deisy Paez Valeriano | **No. Producto** | 24040103554 |
| **No. Identificación** | 52045288 | **Entidad Financiera** | BANCO CAJA SOCIAL |
| **Tipo Producto Origen** | Cuenta Ahorros | **No. Comprobante** | 1699 |
| **No. Producto Origen/Recaudador** | 251847976 | **Forma de pago** | |
| **Fecha Pago/Débito** | 2025/12/10 | **Aviso al beneficiario** | N |
| **Fecha Transacción** | 2025/12/10 | **Estado de Aviso** | |
| **Valor Transacción** | $156,000.00 | **Fecha de Aviso** | |
| **Comisión** | 0 | **Medio Utilizado** | - |
| **IVA** | 0 | **No. Transacción** | 251A3212534400VM |
| **Estado** | EXT | **Información** | Gastos de Emer Nov 2025 |
| **Descripción de Estado** | Exitoso | **Fecha Cobro** | 2025/12/10 |
| **Causal de Rechazo** | - | **No. Factura** | - |
| **No. Control** | OYJ004LQFU | **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 - 34277**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Señores** | PAEZ UMAÑA DAMARIS SOLANGIE | | | **Fecha Comprobante** | **Fecha Vencimiento** |
| **NIT** | 33.701.726-7 | | | | |
| **Dirección** | vereda molino | | | | |
| **Teléfono** | 3105861015 | | | | |
| **Ciudad** | SABOYA - COLOMBIA | **Factura Proveedor** | -0 | 2025-11-30 | 2025-11-30 |

| Código | Descripción | Unid | Cant | V. Unit | Valor Total |
|---|---|---|---|---|---|
| 5195450200 | DAMARIS PAEZ-GASTO EMERGENCIA NOV | | 0 | .00 | 60,000.00 |

| | |
|---|---|
| **Total Bruto** | 60,000.00 |
| **Total a Pagar** | **$ 60.000,00** |

**CONDICION DE PAGO**

Cuenta Por Pagar 60.000,00 Cuota 2 P - 003- 34277 Vence el 2025-11-30

**VALOR EN LETRAS**

Sesenta 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 :276f0f78fe574709d4a55b592433d6ad274705b9a350fa5716d7e8a541310f8b0ce71e37cb68e240a79ddf30a16da6a4

CUENTA DE COBRO

CORPORACION INFANCIA Y DESARROLLO
NIT 830.082.544-7

PROYECTO

HOGARES SUSTITUTOS CONTRATO 15004032025

D E B E  A:

DAMARIS SOLANGE PAEZ UMAÑA
NIT:
33701726

La Suma de: $ 60.000 SESENTA MIL PESOS

**Por concepto de**

Gastos de emergencia- Viaticos para traslado por citas medicas del beneficiario FABIAN RICARDO LUENGAS GARCIA el dia 21/11/2025 de Chiquinquira a Tunja

| | |
|---|---|
| Fecha: | 30/11/2025 |
| Banco | BANCO CAJA SOCIAL |
| Tipo de | AHORROS |
| No cuenta | 24040089627 |

Atentamente

Solange Paez Umaña

DAMARIS SOLANGE PAEZ UMAÑA
33701726

| | |
|---|---|
| Departamento | Boyaca |
| Direccion | SABOYA |
| E - mail | avachesol@hotmail.com |
| Cel o Tel | 3105861015 |

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*<br>*HOGARES SUSTITUTOS CONTRATO 15004032025* | | | *FO-GF-02-02-05*<br>*FUMD: 25/10/2022* |
|---|---|---|---|---|
| NOMBRE Y APELLIDOS | DAMARIS SOLANGE PAEZ UMAÑA | | | DOC. EQUIVALENTE A LA FACTURA No. |
| 33.701.726 | DIRECCION | CIUDAD O DPTO | CEL O TEL | FECHA DE ELABORACIÓN |
| | SABOYA | Boyacá | 3105861015 | 30/11/2025 |
| CANTIDAD | CONCEPTO | | | VALOR |
| | VIATICOS<br>Gastos de emergencia- Viaticos para traslado por citas medicas del beneficiario FABIAN RICARDO LUENGAS GARCIA el dia 21/11/2025 de Chiquinquira a Tunja | | | $ 60.000 |

| | | |
|---|---|---|
| VALOR EN LETRAS: SESENTA MIL PESOS | Subtotal | $ 60.000 |
| | Rte Renta | $ 0 |
| | Rete Fuente | $ 0 |
| | Rete Ica | $ 0 |
| | Descuentos CID | |
| | Total a Pagar | $ 60.000 |

| | NOMBRE Bco. | TIPO CUENTA | CUENTA No. | |
|---|---|---|---|---|
| POR FAVOR | BANCO CAJA SOCIAL | AHORROS | | 24040089627 |

ACEPTO: Solange Paez Umaña

CORPORACION INFANCIA Y DESARROLLO
NIT : 830,082,544 - 7
CALLE 24D N 40-29
3176460751 - 3185863257
BOGOTA - COLOMBIA

**HOGARES SUSTITUTOS 15004032025**

**L - 300 - 637**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Señores** | EXPRESO GAVIOTA SA | | | **Fecha Comprobante** |
| **NIT** | 860,062,440 - 3 | **Teléfono** | 2632226 | 2025-11-21 |
| **Dirección** | TERMINAL DE TRANSPORTES MODULO 3 | **Ciudad** | SABOYA - COLOMBIA | |

| Código | DescripcionLargaProducto | NIT | C.C | Detalle | Valor |
|---|---|---|---|---|---|
| 5195450200 | EXPRESO GAVIOTA-TIQ 912 GASTO EMERGECIA NOV | 860,062,440 | 257 - 7 | | 38.000,000 |
| 5195450200 | FLOTA VALLE-TIQ 347 GASTO EMEREGENCIA NOV | 860,009,143 | 257 - 7 | | 40.000,000 |
| 2335950200 | DAMARIS PAEZ-GASTO EMERGENCIA NOV | 33,701,726 | 257 - 1 | Comp:L-300-00000000637,VTO: 1,F.VTO:2025/11/21 | -78.000,000 |

**OBSERVACIONES**

Elaborado e impreso por Siigo

Elaborado por

Aprobado por

| Corporación Infancia y Desarrollo | REEMBOLSO DE GASTOS | FO-GF-03-07-03<br>FUMD: 17/01/2019 |
|---|---|---|

**PROYECTO:** Modalidad Hogar sustituto Contrato de aporte 15004032025

**FECHA:** 30/11/2025

**RESPONSABLE:** MADRE SUSTITUTA - DAMARIS SOLANGE PAEZ UMAÑA

| No. | FECHA | NIT/RUT | BENEFICIARIO | CONCEPTO | VALOR | RETENCION | VALOR NETO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 21/11/2025 | 860.009.143 | FLOTA VALLE DE TENZA | GASTO DE EMERGENCIA TIQUETE DESDE CHIQUINQUIRA - TUNJA CON FABIAN RICARDO LUENGAS GARCIA | 40.000 | | 40.000 |
| 2 | 21/11/2025 | 860.062.440 | EXPRESO GAVIOTA | GASTO DE EMERGENCIA TIQUETE DESDE TUNJA - CHIQUINQUIRA CON FABIAN RICARDO LUENGAS GARCIA | 38.000 | | 38.000 |
| 3 | 21/11/2025 | 33.701.726 | DAMARIS SOLANGE PAEZ UMAÑA | CUENTA DE COBRO VIATICOS | 60.000 | | 60.000 |
| 4 | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | |
| 18 | | | | | | | |
| 19 | | | | | | | |
| 20 | | | | | | | |
| 21 | | | | | | | |
| 22 | | | | | | | |
| 23 | | | | | | | |
| | | | | *TOTAL GASTOS* | 138.000 | | 138.000 |

Elaborado : Solange Paez Umaña.
Nombre: DAMARIS SOLANGE PAEZ UMAÑA
Cargo: Madre Sustituta

Aprobado: _____
Nombre:
Cargo: Directora Financiera

Expreso Gaviota

**********
DOCUMENTO EQUIVALENTE
ELECTRONICO TIQUETE
DE TRANSPORTE TERRESTRE
DE PASAJEROS
Expreso Gaviota S.A.
Nit:860062440
19-TUNJA
Direccion:DIAGONAL 23 No 69 - 60
Telefonos:6014108971
**********
TIQUETE:G75-29912-0
Fecha de Salida: 2025-11-21
Hora Salida:10:26
Servicio:CORRIENTE
Pasajero: (2) 8300825147
corporacion infancia desarro

Forma de Pago: E
Sillas: 2-3

Ruta:TUNJA (BOY) CHIQUINQUIRA
Origen: TUNJA (BOY)
Destino
CHIQUINQUIRA 19,000.00
Gran Total: 38,000.00

Placa: TTZ177
Interno: 03074

Poliza: 023622088
860026182 ALLIANZ SEGUROS S.A.
Vence:2026-05-08

Serial:8E7C0J2959N77T4C
Usuario: POS118
Apertura: 3061463
Tmp: 2025-11-21 10:30:38
Milenium Android:4.89 25/09/2025
03:23 Pm
www.gestioninformatica.com.co
Fabricante:830089602-3 GESTION I
NFORMATICA Y FINANCIERA SAS
Terminal Silla (2)

Terminal Silla (3)

CUDE:23c95d8c95f76083c65d1e73435
a8874d7adea63df7f32bad368c548535
a7b2b393e60777d7231baae7284fd1cb
5efa7

**********
DOCUMENTO EQUIVALENTE
ELECTRONICO TIQUETE
DE TRANSPORTE TERRESTRE
DE PASAJEROS
FLOTA VALLE DE TENZA
Nit:860009143
62-CHIQUINQUIRA
Direccion:NA
Telefonos:3112071521
**********
TIQUETE:V74-11347-0
Fecha de Salida: 2025-11-21
Hora Salida:05:44
Servicio:BASICO
Pasajero: (2) 8300825447
corporacion infancia y desarr

Forma de Pago: E
Sillas: 6-7

Ruta:CHIQUINQUIRA TUNJA
Origen: CHIQUINQUIRA
Destino
TUNJA 20,000.00
Gran Total: 40,000.00

Placa: WOR848
Interno: 278

Poliza: 1000436
860037707 SBS SEGUROS
Vence:2026-08-01

Serial:R28M337L6EF
Usuario: POS11
Apertura: 1022090
Tmp: 2025-11-21 05:46:37
Milenium Android:4.90 16/10/2025
11:25 am
www.gestioninformatica.com.co
Fabricante:830089602-8 GESTION I
NFORMATICA Y FINANCIERA SAS

CUDE:198e79134f7f1e80cc5bc3811ad
2222bc5336c7490f4c155d59086c2166
5424e1d0c7e73f94227a5739c073d164
6297d

**SERVICIO DE NEUROFISIOLOGIA**

E.S.E. HOSPITAL San Rafael Tunja

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Paciente:** | FABIAN RICARDO LUENAGAS GARCIA | **Fecha Nac:** | 12-Oct-08 |
| **ID:** | 1053336029 | **Edad:** | 17 Años |
| **Sexo:** | Male | **Tiempo de Registro:** | 20 |
| **Fecha de registro:** | 21-Nov-25 | **Fecha del informe:** | 22-Nov-25 |

**Historia clínica:**
EEG CON SUPRESION DE SUEÑO
TRASTORNO DEL DESARROLLO Y DE LAS HABILIDADES ESCOLARES

**Medicamentos:**
NO

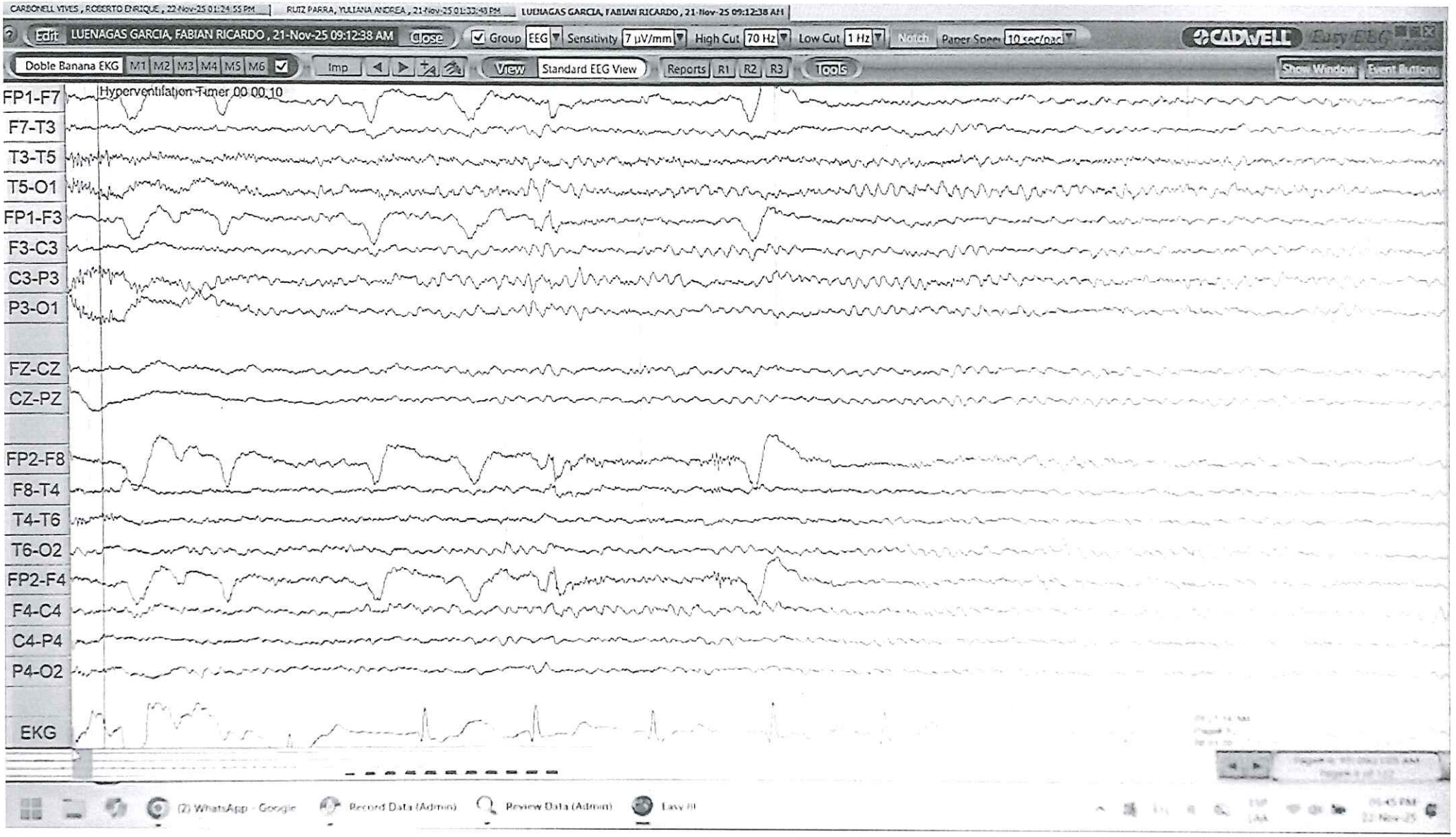
**Técnica del EEG:**
Se realizó estudio de electroencefalografía con equipo digital marca Cadwell de 32 canales utilizando el sistema internacional 10/20 de colocación de electrodos. Se realizan maniobras de activación con fotoestimulación e hiperventilación.

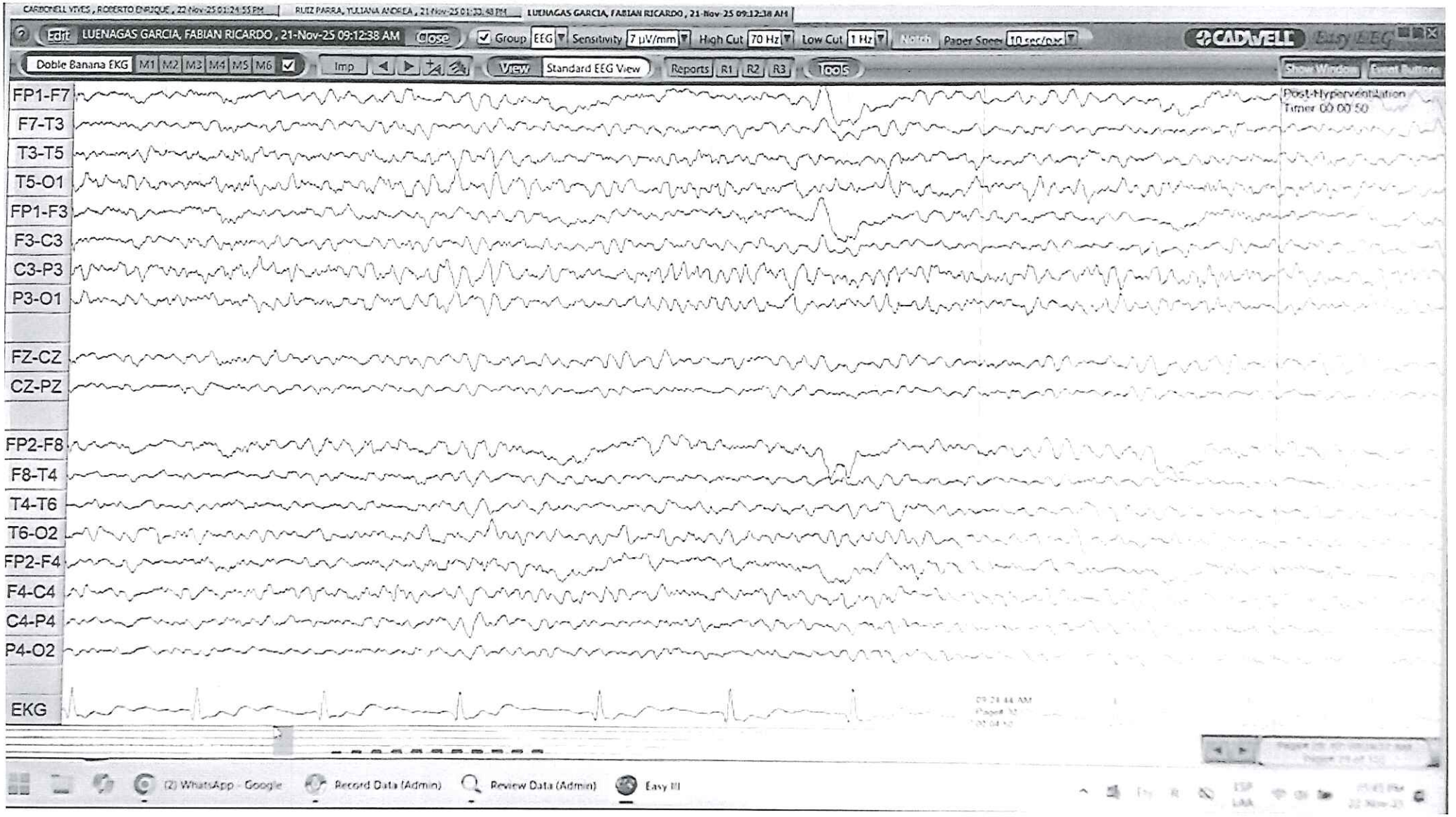
**Hallazgos:**
La actividad cerebral de fondo está constituida por ritmos cerebrales fisiológicos de la banda alfa a 10 HZ de predominio en regiones posteriores, que son simétricos y se atenúan con la apertura ocular. Después de la hiperventilación encontramos un enlentecimiento normal. Driving occipital simétrico ante la foto estimulación. No se evidencian grafoelementos de morfología epileptiforme, ni focos de lentificación.

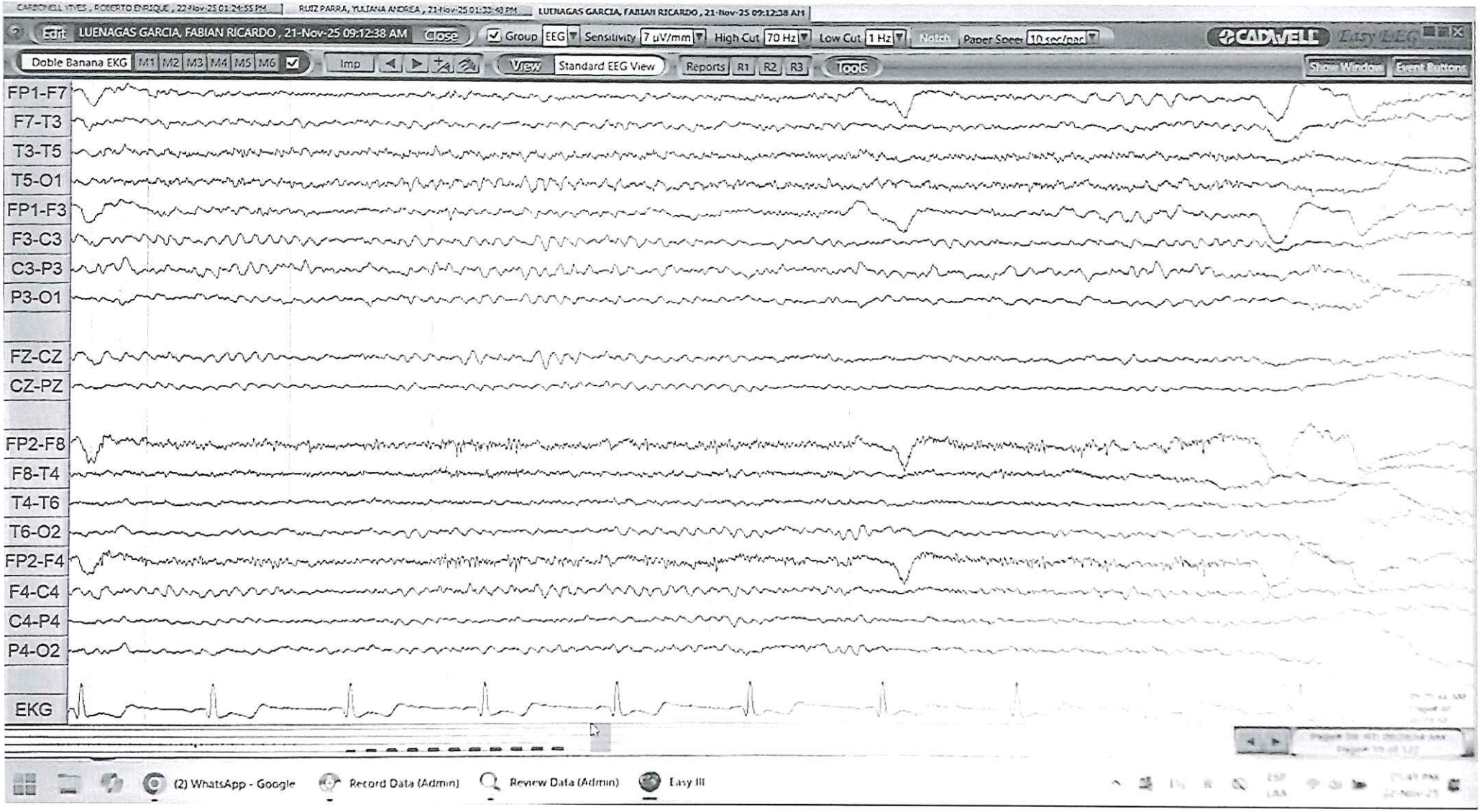
**Interpretación:**
Trazado en vigilia sin evidencia de actividad epileptiforme.

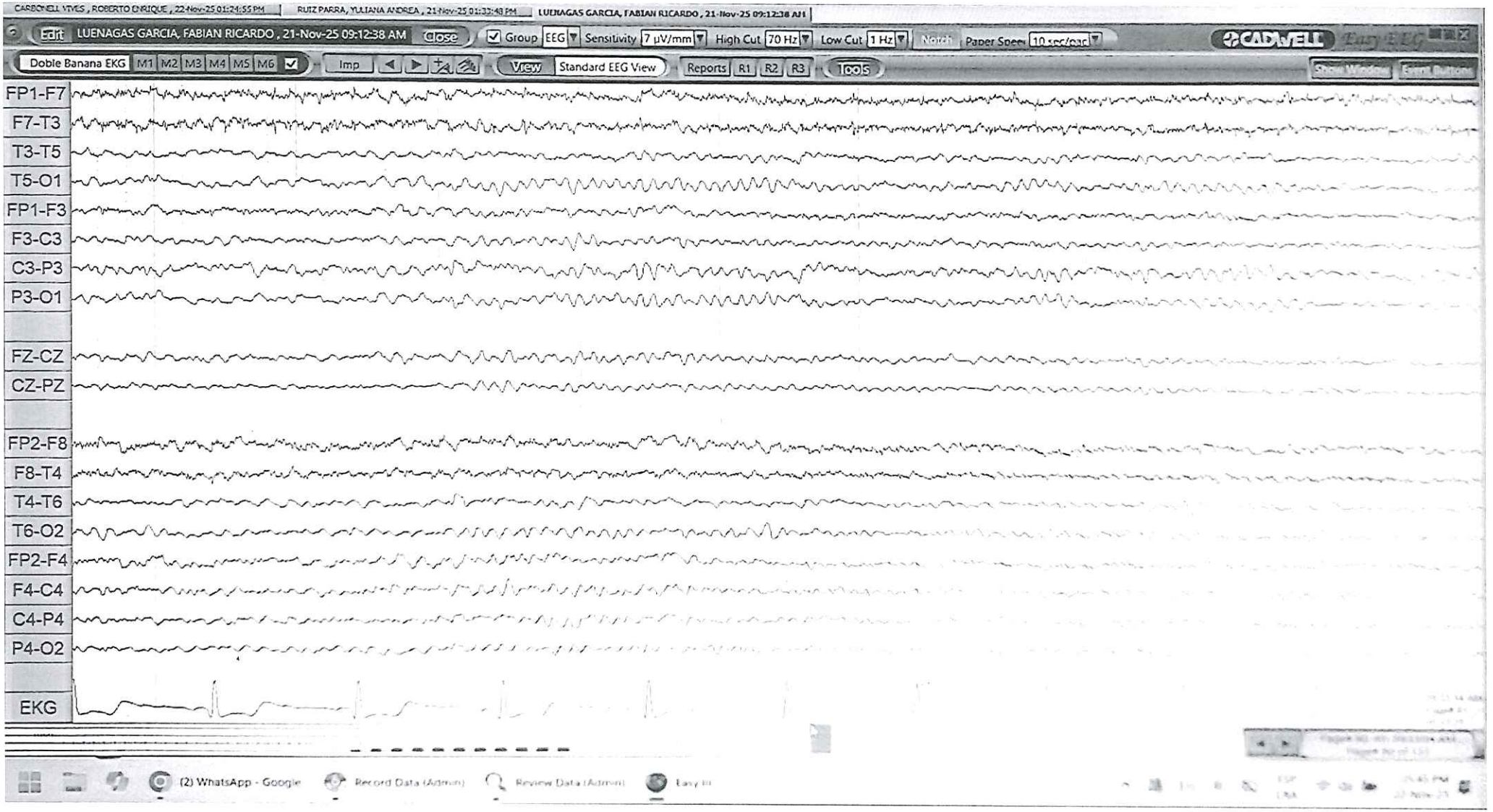
Mónica Ma. Ospina B.
NEUROFISIÓLOGA - CLÍNICA
R.M 251534-2004

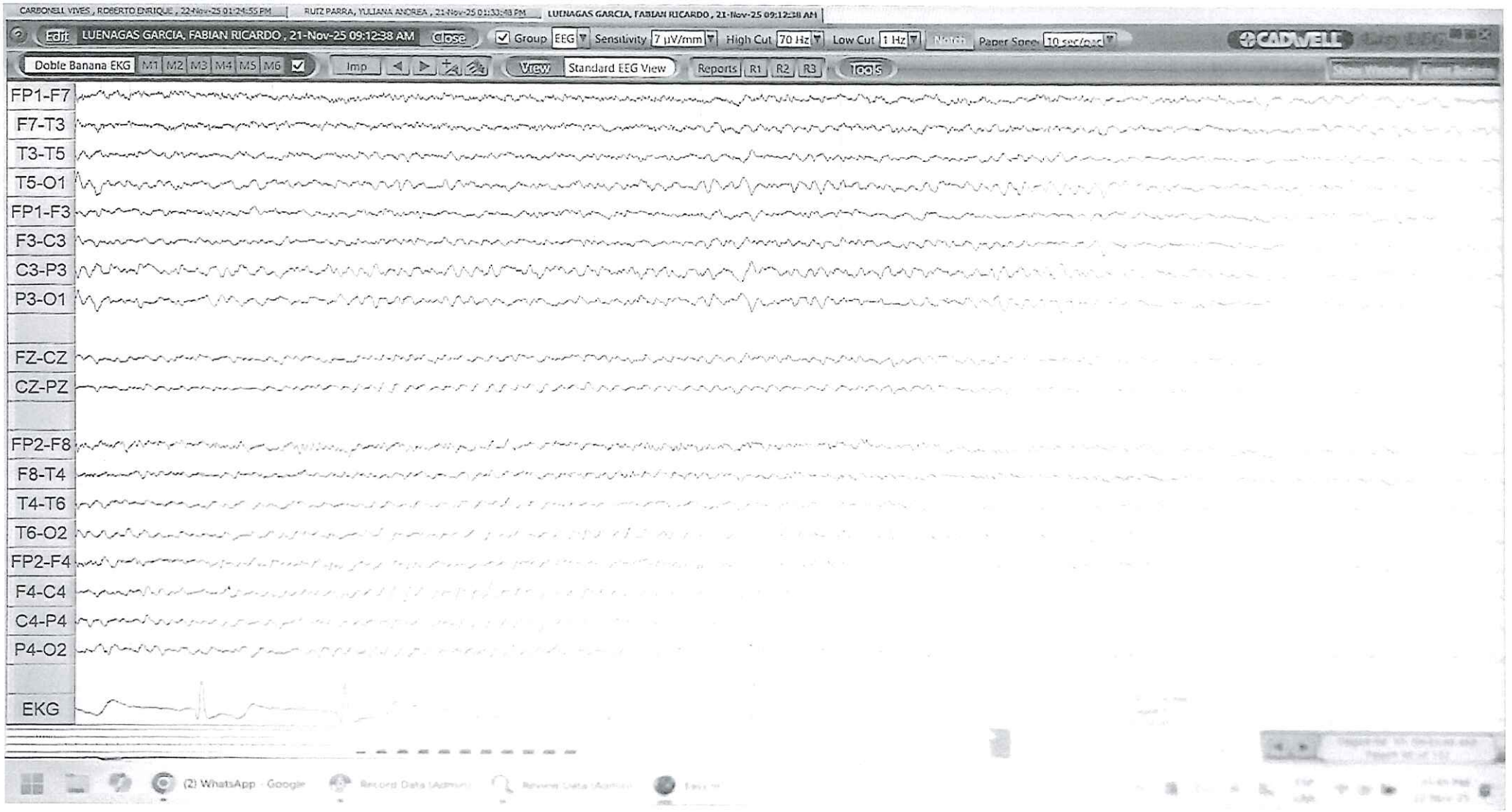
**Dra. Mónica Ma. Ospina Becerra**
Neurofisióloga Clínica R.M 251534/2004
Hospital Miguel Servet - España

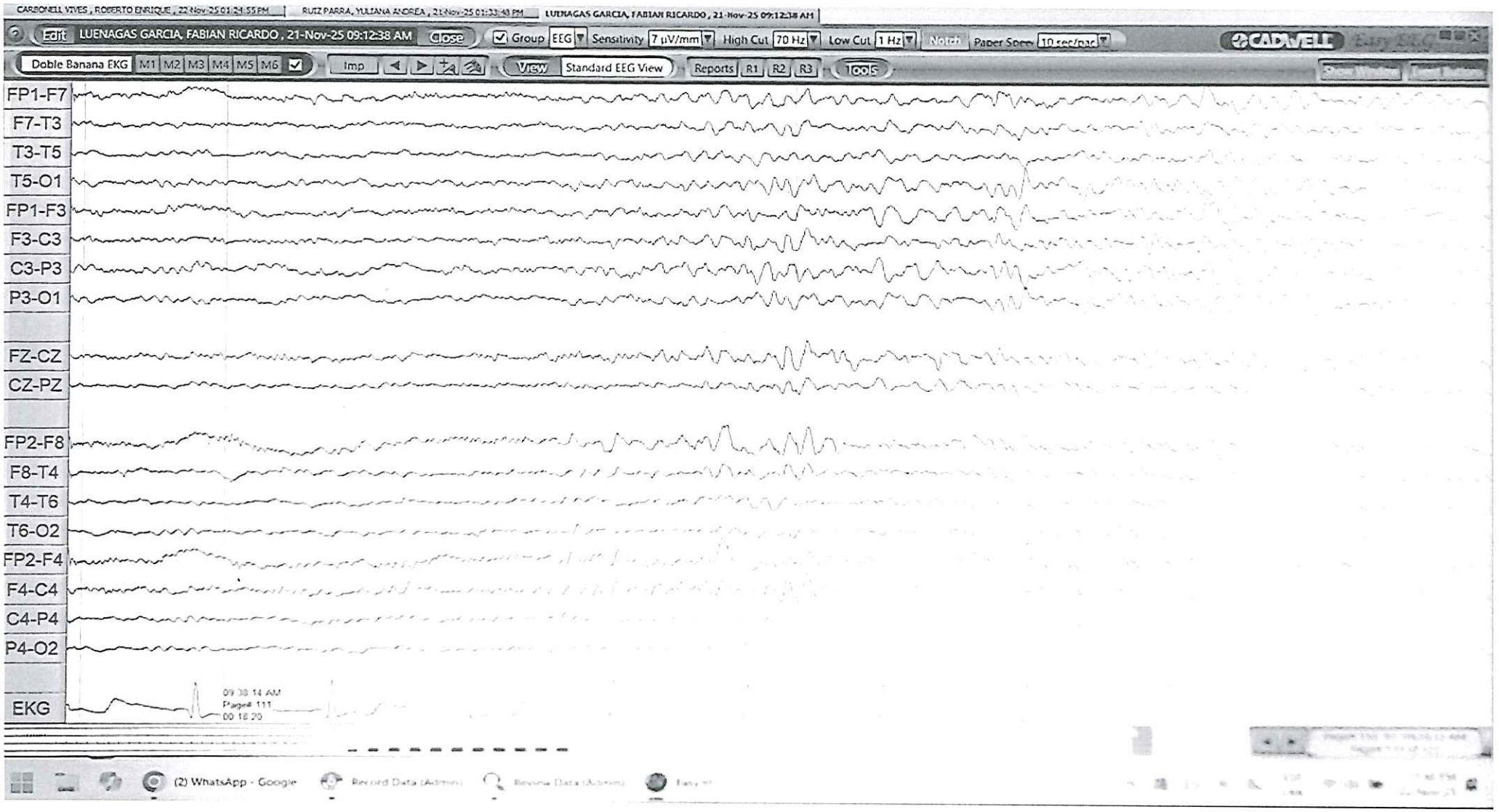

CARBONELL VIVES , ROBERTO ENRIQUE , 22-Nov-25 01:24:55 PM
RUIZ PARRA, YULIANA ANDREA , 21-Nov-25 01:33:43 PM
LUENAGAS GARCIA, FABIAN RICARDO , 21-Nov-25 09:12:38 AM
Edit
LUENAGAS GARCIA, FABIAN RICARDO , 21-Nov-25 09:12:38 AM
Close
Group
EEG
Sensitivity
7 µV/mm
High Cut
70 Hz
Low Cut
1 Hz
Notch
Paper Speed
10 sec/pag
CADWELL
Easy EEG
Doble Banana EKG
M1
M2
M3
M4
M5
M6
Imp
View
Standard EEG View
Reports
R1
R2
R3
Tools
Show Window
Event Buttons
Hyperventilation Timer 00:00:10
FP1-F7
F7-T3
T3-T5
T5-O1
FP1-F3
F3-C3
C3-P3
P3-O1
FZ-CZ
CZ-PZ
FP2-F8
F8-T4
T4-T6
T6-O2
FP2-F4
F4-C4
C4-P4
P4-O2
EKG
(2) WhatsApp - Google
Record Data (Admin)
Review Data (Admin)
Easy III


CARBONELL VIVES , ROBERTO ENRIQUE , 22-Nov-25 01:24:55 PM
RUIZ PARRA, YULIANA ANDREA , 21-Nov-25 01:33:48 PM
LUENAGAS GARCIA, FABIAN RICARDO , 21-Nov-25 09:12:38 AM
Edit
LUENAGAS GARCIA, FABIAN RICARDO , 21-Nov-25 09:12:38 AM
Close
Group
EEG
Sensitivity
7 µV/mm
High Cut
70 Hz
Low Cut
1 Hz
Notch
Paper Speed
10 sec/pg
CADWELL
Easy EEG
Doble Banana EKG
M1 M2 M3 M4 M5 M6
Imp
View
Standard EEG View
Reports
R1 R2 R3
Tools
Show Window
Event Buttons
FP1-F7
F7-T3
T3-T5
T5-O1
FP1-F3
F3-C3
C3-P3
P3-O1
FZ-CZ
CZ-PZ
FP2-F8
F8-T4
T4-T6
T6-O2
FP2-F4
F4-C4
C4-P4
P4-O2
EKG
Post-Hyperventilation
Timer 00:00:50
(2) WhatsApp - Google
Record Data (Admin)
Review Data (Admin)
Easy III


LUENAGAS GARCIA, FABIAN RICARDO , 21-Nov-25 09:12:38 AM
Edit
Close
Group
EEG
Sensitivity
7 µV/mm
High Cut
70 Hz
Low Cut
1 Hz
Notch
Paper Speed
10 sec/pag
CADWELL
Doble Banana EKG
M1 M2 M3 M4 M5 M6
Imp
View
Standard EEG View
Reports
R1 R2 R3
Tools
Show Window
Event Buttons
FP1-F7
F7-T3
T3-T5
T5-O1
FP1-F3
F3-C3
C3-P3
P3-O1
FZ-CZ
CZ-PZ
FP2-F8
F8-T4
T4-T6
T6-O2
FP2-F4
F4-C4
C4-P4
P4-O2
EKG
(2) WhatsApp - Google
Record Data (Admin)
Review Data (Admin)
Easy III


CARBONELL YIVES , ROBERTO ENRIQUE , 22-Nov-25 01:24:55 PM
RUIZ PARRA, YULIANA ANDREA , 21-Nov-25 01:33:48 PM
LUENAGAS GARCIA, FABIAN RICARDO , 21-Nov-25 09:12:38 AM
Edit
LUENAGAS GARCIA, FABIAN RICARDO , 21-Nov-25 09:12:38 AM
Close
Group
EEG
Sensitivity
7 µV/mm
High Cut
70 Hz
Low Cut
1 Hz
Notch
Paper Speed
10 sec/pag
CADWELL
Doble Banana EKG
M1
M2
M3
M4
M5
M6
Imp
View
Standard EEG View
Reports
R1
R2
R3
Tools
Show Windows
Event Buttons
FP1-F7
F7-T3
T3-T5
T5-O1
FP1-F3
F3-C3
C3-P3
P3-O1
FZ-CZ
CZ-PZ
FP2-F8
F8-T4
T4-T6
T6-O2
FP2-F4
F4-C4
C4-P4
P4-O2
EKG
(2) WhatsApp - Google
Record Data (Admin)
Review Data (Admin)
Easy III


CARBONELL VIVES , ROBERTO ENRIQUE , 22-Nov-25 01:24:55 PM
RUIZ PARRA, YULIANA ANDREA , 21-Nov-25 01:33:48 PM
LUENAGAS GARCIA, FABIAN RICARDO , 21-Nov-25 09:12:38 AM
Edit
LUENAGAS GARCIA, FABIAN RICARDO , 21-Nov-25 09:12:38 AM
Close
Group
EEG
Sensitivity
7 µV/mm
High Cut
70 Hz
Low Cut
1 Hz
Notch
Paper Speed
10 sec/pag
CADWELL
Doble Banana EKG
M1
M2
M3
M4
M5
M6
Imp
View
Standard EEG View
Reports
R1
R2
R3
100 s
FP1-F7
F7-T3
T3-T5
T5-O1
FP1-F3
F3-C3
C3-P3
P3-O1
FZ-CZ
CZ-PZ
FP2-F8
F8-T4
T4-T6
T6-O2
FP2-F4
F4-C4
C4-P4
P4-O2
EKG
(2) WhatsApp - Google


CARBONELL VIVES , ROBERTO ENRIQUE , 22-Nov-25 01:24:55 PM
RUIZ PARRA, YULIANA ANDREA , 21-Nov-25 01:33:43 PM
LUENAGAS GARCIA, FABIAN RICARDO , 21-Nov-25 09:12:38 AM
Edit
LUENAGAS GARCIA, FABIAN RICARDO , 21-Nov-25 09:12:38 AM
Close
Group
EEG
Sensativity
7 µV/mm
High Cut
70 Hz
Low Cut
1 Hz
Notch
Paper Spee
10 sec/pac
CADWELL
Doble Banana EKG
M1
M2
M3
M4
M5
M6
Imp
View
Standard EEG View
Reports
R1
R2
R3
Tools
FP1-F7
F7-T3
T3-T5
T5-O1
FP1-F3
F3-C3
C3-P3
P3-O1
FZ-CZ
CZ-PZ
FP2-F8
F8-T4
T4-T6
T6-O2
FP2-F4
F4-C4
C4-P4
P4-O2
EKG
09:38:14 AM
Page# 111
00:18:20
(2) WhatsApp - Google
Record Data (Admin)
Review Data (Admin)

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 | 2025/12/08 | 2025/12/12 |

| Estado |
|---|

**Detalle**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Beneficiario/Cliente a Debitar** | Damaris Solange Paez Umana | **No. Producto** | 24040089627 |
| **No. Identificación** | 33701726 | **Entidad Financiera** | BANCO CAJA SOCIAL |
| **Tipo Producto Origen** | Cuenta Ahorros | **No. Comprobante** | 1701 |
| **No. Producto Origen/Recaudador** | 251847976 | **Forma de pago** | |
| **Fecha Pago/Débito** | 2025/12/10 | **Aviso al beneficiario** | N |
| **Fecha Transacción** | 2025/12/10 | **Estado de Aviso** | |
| **Valor Transacción** | $138,000.00 | **Fecha de Aviso** | |
| **Comisión** | 0 | **Medio Utilizado** | - |
| **IVA** | 0 | **No. Transacción** | 251A3212534400VO |
| **Estado** | EXT | **Información** | Gastos de Emer Nov 2025 |
| **Descripción de Estado** | Exitoso | **Fecha Cobro** | 2025/12/10 |
| **Causal de Rechazo** | - | **No. Factura** | - |
| **No. Control** | OYJ004LQFU | **Oficina Pago** | - |
| **Tipo Producto Destino** | Cuenta Ahorros | **Usuario Creador** | MIGUEL ANGEL YAGAMA VALENCIA |

Corporación Infancia y Desarrollo
Nit 830082544-7

CID-CHS-25-03

**CONTRATO DE APORTE No. 15004032025**
**MODALIDAD HOGARES SUSTITUTOS**

**INFORME FINANCIERO**
**MES NOVIEMBRE 2025**

2. GASTOS DOTACION, EMERGENCIA Y ADICIONES
2204. Gastos de Emergencia

| No. | MUNICIPIO | NUMERO DE IDENTIFICACI | NOMBRES Y APELLIDOS MADRE SUSTITUTA | CONCEPTO | GASTO DE EMERGENCIA | RETE FUENTE | TOTAL A PAGAR | DOC SOPORTE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | TUNJA | 53050688 | ELIZABETH HERNADEZ PATIÑO | GASTO EMERGENCIA NOV | $ 20.000 | | | P-3-34269 |
| 2 | TUNJA | 1085267222 | FERNANDA CAROLINA ROJAS PALACIOS | GASTO EMERGENCIA NOV | $ 40.000 | | | P-3-34270 |
| 3 | TUNJA | 33368624 | ANGELICA MARIA VILLAMIL | GASTO EMERGENCIA NOV | $ 60.000 | | | P-3-34271 |
| 4 | TUNJA | 1019037647 | CLAUDIA LILIANA PIRATEQUE | GASTO EMERGENCIA NOV | $ 40.000 | | | P-3-34272 |
| 5 | TUNJA | 23652691 | FLOR MARIA RINCON ARIAS | GASTO EMERGENCIA NOV | $ 40.000 | | | P-3-34273 |
| 6 | TUNJA | 40049856 | NURY JULIETH BOLIVAR NIETO | GASTO EMERGENCIA NOV | $ 146.148 | | | L-300-644 |
| 7 | TUNJA | 1095788337 | LEIDY JOHANA GONZALEZ RENOGA | GASTO EMERGENCIA NOV | $ 342.496 | | | L-300-633 |
| 8 | TUNJA | 1117495974 | AMELIA VARGAS CARDOZO | GASTO EMERGENCIA NOV | $ 52.000 | | | L-300-652 |
| 9 | TUNJA | 33367845 | ARACELY EMILSE RUIZ | GASTO EMERGENCIA NOV | $ 70.000 | | | L-300-632 |
| 10 | TUNJA | 1049627532 | DANIEL VARGAS | GASTO EMERGENCIA NOV | $ 2.100.000 | $ 73.500 | $ 2.026.500 | P-3-34264 |
| 11 | TUNJA | 901.812.683 | SYM BEST S.A.S | GASTO EMERGENCIA NOV | $ 203.999 | $ 4.286 | | L-300-606 |
| 12 | TUNJA | 901.812.683 | SYM BEST S.A.S | GASTO EMERGENCIA NOV | $ 203.999 | $ 4.286 | | L-300-607 |
| 13 | TUNJA | 901.812.683 | SYM BEST S.A.S | GASTO EMERGENCIA NOV | $ 203.999 | $ 4.286 | | L-300-608 |
| 14 | TUNJA | 901.812.683 | SYM BEST S.A.S | GASTO EMERGENCIA NOV | $ 203.999 | $ 4.286 | | L-300-609 |
| 15 | TUNJA | 901.812.683 | SYM BEST S.A.S | GASTO EMERGENCIA NOV | $ 191.999 | $ 4.034 | | L-300-610 |
| | | | | TOTALES | $ 3.918.639 | $ 94.678 | $ 2.026.500 | |





Calle 24D # 40-29, Bogotá D.C. * Colombia
Teléfono: 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 - 34269**

| | |
|---|---|
| **Señores** | ELIZABETH HERNANDEZ PATIÑO |
| **NIT** | 53.050.688-3 |
| **Dirección** | CALLE7SURNo 9-25 URBANIZACION LA GRANJA SUR |
| **Teléfono** | 3114407862 |
| **Ciudad** | TUNJA - COLOMBIA |
| **Factura Proveedor** | -0 |

| Fecha Comprobante | Fecha Vencimiento |
|---|---|
| 2025-11-30 | 2025-11-30 |

| Código | Descripción | Unid | Cant | V. Unit | Valor Total |
|---|---|---|---|---|---|
| 5195450200 | ELIZABETH HERNANDEZ-GASTO EMERGENCIA NOV | | 0 | .00 | 20,000.00 |

| | |
|---|---|
| **Total Bruto** | 20,000.00 |
| **Total a Pagar** | **$ 20.000,00** |

**CONDICION DE PAGO**

Cuenta Por Pagar 20.000,00 Cuota 2 P - 003- 34269 Vence el 2025-11-30

**VALOR EN LETRAS**

Veinte 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 :a58cbef16862a91f70b5e6457b4b9f426c9f7d92e25f8848fbf5d0db6d54da68dc0482820fe383634dbb28973b26e002

| Corporación Infancia y Desarrollo | REEMBOLSO DE GASTOS | FO-GF-03-07-03<br>FUMD: 17/01/2019 |
|---|---|---|

**PROYECTO:** HOGARES SUSTITUTOS CONTRIATO DE APORTE 15004032025

**FECHA:** 30/11/25

**RESPONSABLE:** MADRE SUSTITUTA: ELIZABETH HERNANDEZ PATIÑO BENEFICIARIO: LAURA ELIANA CANTOR

| No. | FECHA | NIT/RUT | BENEFICIARIO | CONCEPTO | VALOR | RETENCION | VALOR NETO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 6/11/2025 | 1019037647 | ELIZABETH HERNANDEZ PATIÑO | Viaticos Tunja- Sogamoso | $ 20.000 | | $ 20.000 |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | TOTAL GASTOS | $ 20.000 | | $ 20.000 |

Nombre: ELIZABETH HERNANDEZ PATIÑO
Cargo: MADRE SUSTITUTA

Aprobado: _____
Nombre:
Cargo: Directora Financiera

CUENTA DE COBRO

CORPORACION INFANCIA Y DESARROLLO
NIT 830.082.544-7

PROYECTO

HOGARES SUSTITUTOS CONTRATO 15004032025

D E B E A:

ELIZABETH HERNANDEZ PATIÑO
NIT:
53050688

La Suma de: $ 20.000 VEINTE MIL PESOS

Por concepto de

Viáticos por el desplazamiento de Tunja a Sogamoso para cita médica el dia 6 de noviembre de 2025, correspondientes a la beneficiaria Laura Eliana Cantor Molina, del proyecto Hogares Sustitutos, en el marco del Contrato No. 15004032025.

| | |
|---|---|
| Fecha: | 30/11/2025 |
| Banco | BANCOLOMBIA |
| Tipo de cuenta | CUENTA DE AHORROS |
| No cuenta | 88204700278 |

Atentamente

ELIZABETH HERNANDEZ PATIÑO
53050688

| | |
|---|---|
| Departamento | Boyacá |
| Direccion | CALLE 7 SUR No 9-25 |
| E - mail | 83elizaher@gmail.com |
| Cel o Tel | 3114407862 |

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

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | *DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA FACTURA*<br>*HOGARES SUSTITUTOS CONTRATO 15004032025* | | | *FO-GF-02-02-05*<br>*FUMD: 25/10/2022* |
| NOMBRE Y APELLIDOS | ELIZABETH HERNANDEZ PATIÑO | | | DOC. EQUIVALENTE A LA FACTURA No. |
| 53.050.688 | DIRECCION | CIUDAD O DPTO | CEL O TEL | FECHA DE ELABORACIÓN |
| | CALLE 7 SUR No 9-25 | Boyacá | 3114407862 | 30/11/2025 |
| CANTIDAD | CONCEPTO | | | VALOR |
| | **Viáticos**<br>Viáticos por el desplazamiento de Tunja a Sogamoso para cita médica el día 6 de noviembre de 2025, correspondientes a la beneficiaria Laura Eliana Cantor Molina, del proyecto Hogares Sustitutos, en el marco del Contrato No. 15004032025. | | | $ 20.000 |

| | | |
|---|---|---|
| VALOR EN LETRAS: VEINTE MIL PESOS | Subtotal | $ 20.000 |
| | Rte Renta | $ 0 |
| | Rete Fuente | $ 0 |
| | Rete Ica | $ 0 |
| | Descuentos CID | |
| | Total a Pagar | $ 20.000 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | NOMBRE Bco. | TIPO CUENTA | | |
| POR FAVOR | BANCOLOMBIA | AHORROS | CUENTA No. | 88204700278 |
| | | ACEPTO: | | |

11:09 ··· 28%

# Solicitud transporte Laura Cantor cita resonancia magnética / sogamoso

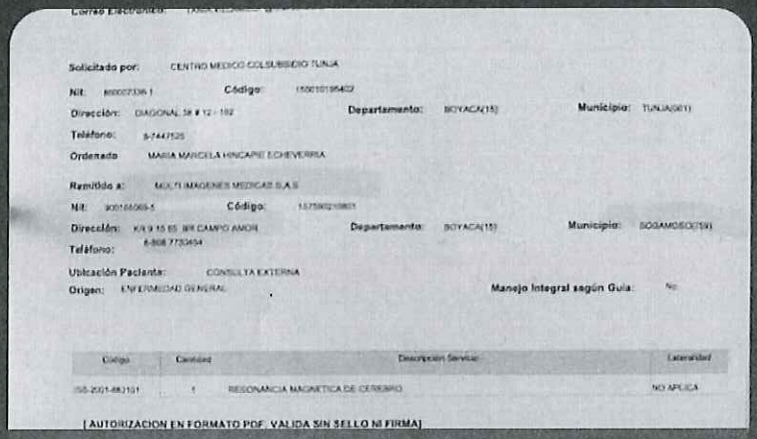
Agregar una etiqueta

**Elizabeth Hernandez** 23 oct
para zulma.suarez, Edwin

Dra Zulma buena tarde,

Por medio de la presente solicito su colaboración con la autorización para transporte de la menor Laura Eliani Cantor Molina RC 1050104571 ,quien tiene una cita para resonancia magnética de cerebro

Día :6 noviembre de 2025
Hora : 5 am
Lugar : sogamoso
Dir : cra 9 #15- 65 barrio campo amor

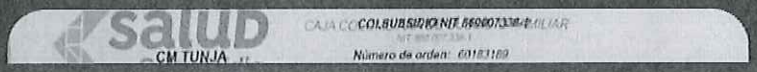


Solicitado por: CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO TUNJA
Nit: Código:
Dirección: Departamento: BOYACA(15) Municipio: TUNJA(001)
Teléfono:
Ordenado MARIA MARCELA HINCAPIE ECHEVERRIA
Remitido a:
Nit: Código:
Dirección: Departamento: BOYACA(15) Municipio:
Teléfono:
Ubicación Paciente: CONSULTA EXTERNA
Origen: ENFERMEDAD GENERAL Manejo Integral según Guia:

| Código | Cantidad | Descripción Servicio | Lateralidad |
|---|---|---|---|
| | 1 | RESONANCIA MAGNETICA DE CEREBRO | NO APLICA |

[AUTORIZACION EN FORMATO PDF, VALIDA SIN SELLO NI FIRMA]

1000166728.jpg



salud CM TUNJA
COLSUBSIDIO NIT
Número de orden: 60183189

Responder a... Reenviar

99+

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 | 2025/12/08 | 2025/12/12 |

| Estado |
|---|

**Detalle**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Beneficiario/Cliente a Debitar** | Elizabeth Hernandez Patiño | **No. Producto** | 88204700278 |
| **No. Identificación** | 53050688 | **Entidad Financiera** | BANCOLOMBIA |
| **Tipo Producto Origen** | Cuenta Ahorros | **No. Comprobante** | 1611 |
| **No. Producto Origen/Recaudador** | 251847976 | **Forma de pago** | |
| **Fecha Pago/Débito** | 2025/12/10 | **Aviso al beneficiario** | N |
| **Fecha Transacción** | 2025/12/10 | **Estado de Aviso** | |
| **Valor Transacción** | $20,000.00 | **Fecha de Aviso** | |
| **Comisión** | 0 | **Medio Utilizado** | - |
| **IVA** | 0 | **No. Transacción** | 251A3212534400T9 |
| **Estado** | EXT | **Información** | Gastos de Emer Nov 2025 |
| **Descripción de Estado** | Exitoso | **Fecha Cobro** | 2025/12/10 |
| **Causal de Rechazo** | - | **No. Factura** | - |
| **No. Control** | OYJ004LQFU | **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 - 34270**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Señores** | FERNANDA CAROLINA ROJAS PALACIOS | | |
| **NIT** | 1.085.267.222-5 | | |
| **Dirección** | CALLE 15 # 15 -73 BARRIO RICAUTE | | |
| **Teléfono** | 3107428714 | | |
| **Ciudad** | TUNJA - COLOMBIA | **Factura Proveedor** | -0 |

| Fecha Comprobante | Fecha Vencimiento |
|---|---|
| 2025-11-30 | 2025-11-30 |

| Código | Descripción | Unid | Cant | V. Unit | Valor Total |
|---|---|---|---|---|---|
| 5195450200 | FERNANDA ROJAS-GASTO EMERGENCIA NOV | | 0 | .00 | 40,000.00 |

| | |
|---|---|
| **Total Bruto** | 40,000.00 |
| **Total a Pagar** | **$ 40.000,00** |

**CONDICION DE PAGO**

Cuenta Por Pagar 40.000,00 Cuota 2 P - 003- 34270 Vence el 2025-11-30

**VALOR EN LETRAS**

Cuarenta 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 :e80a8c0090ddfe6fd30d6744f26283374e2aaddb374035c74fd664ca0e150d7c3576502402f07fcf7bf3862c921fbe34

| | REEMBOLSO DE GASTOS | FO-GF-03-07-03<br>FUMD: 17/01/2019 |
|---|---|---|

PROYECTO: HOGARES SUSTITUTOS CONTRATO DE APORTE 15004032025

FECHA: 30/11/25

RESPONSABLE: MADRE SUSTITUTA: FERNANDA CAROLINA ROJAS PALACIOS BENEFICIARIO: MARTIN ALEJANDRO CASTRO QUINTERO

| No. | FECHA | NIT/RUT | BENEFICIARIO | CONCEPTO | VALOR | RETENCION | VALOR NETO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 6/11/2025 | 1019037647 | MARTIN ALEJANDRO CASTRO QUINTERO | VIATICOS TUNJA DUITAMA | 40.000 | | 40.000 |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | TOTAL GASTOS | 40.000 | | 40.000 |

FERNANDA CAROLINA ROJAS PALACIOS
Cargo: MADRE SUSTITUTA

Aprobado: _____
Nombre:
Cargo: Directora Financiera

CUENTA DE COBRO

CORPORACION INFANCIA Y DESARROLLO
NIT 830.082.544-7

PROYECTO

HOGARES SUSTITUTOS CONTRATO 15004032025

D E B E  A:

FERNANDA CAROLINA ROJAS PALACIOS
NIT:
1085267222

La Suma de: $ 40.000 CUARENTA MIL PESOS

Por concepto de

Viáticos por el desplazamiento de Tunja a Duitama para cita médica el día 06 de noviembre de 2025, correspondientes al beneficiario Martin Alejandro Castro, del proyecto Hogares Sustitutos, en el marco del Contrato No. 15004032025.

| | |
|---|---|
| Fecha: | 30/11/2025 |
| Banco | BANCO DE BOGOTA |
| Tipo de cuenta | CUENTA DE AHORROS |
| No cuenta | 616040218 |

Atentamente

FERNANDA CAROLINA ROJAS PALACIOS
1085267222

| | |
|---|---|
| Departamento | Boyacá |
| Direccion | CALLE 15 # 15-73 BARRIO RICAUTE |
| E - mail | claudiapirateque2308@hotmail.com |
| Cel o Tel | 3107428714 |

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

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | *DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA FACTURA*<br>*HOGARES SUSTITUTOS CONTRATO 15004032025* | | | *FO-GF-02-02-05*<br>*FUMD: 25/10/2022* |
| NOMBRE Y APELLIDOS | FERNANDA CAROLINA ROJAS PALACIOS | | | DOC. EQUIVALENTE A LA FACTURA No. |
| 1.085.267.222 | DIRECCION | CIUDAD O DPTO | CEL O TEL | FECHA DE ELABORACIÓN |
| | CALLE 15 # 15 -73 BARRIO RICAURTE | Boyacá | 3107428714 | 30/11/2025 |
| CANTIDAD | CONCEPTO | | | VALOR |
| | Viáticos<br>Viáticos por el desplazamiento de Tunja a Duitama para cita médica el día 06 de noviembre de 2025, correspondientes al beneficiario Martin Alejandro Castro, del proyecto Hogares Sustitutos, en el marco del Contrato No. 15004032025. | | | $ 40.000 |

| | | |
|---|---|---|
| VALOR EN LETRAS: CUARENTA MIL PESOS | Subtotal | $ 40.000 |
| | Rte Renta | $ 0 |
| | Rete Fuente | $ 0 |
| | Rete Ica | $ 0 |
| | Descuentos CID | |
| | Total a Pagar | $ 40.000 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | NOMBRE Bco. | TIPO CUENTA | CUENTA No. | 616040218 |
| POR FAVOR | BANCO DE BOGOTA | AHORROS | | |
| | | ACEPTO: | | |

Fundación Operación Sonrisa Colombia

**Paciente** : MARTIN ALEJANDRO CASTRO QUINTERO
**Identificación** : RC 1029526429
**Nacimiento** : 01/sept./2023
**Edad** : 2 años
**Teléfonos** : 3107428714 MAMÁ SUSTITUTA
**Carnet No.** : DUI-056
**Entidad** : H.R.D.

**Fecha y Hora** : 06/nov./2025 06:33 pm
**Descripción** : Evaluación Cirugía plástica

CIRUGIA PLSTICA CONTROL

PACIENTE DE 2 AÑOS CON DIANGSOTICOS DE:
LABIO Y PLADAR HENDIDO UNILATERAL
QUEILORRAFIA FOSC
PALATORRAFIA FOSC

SS/ ADECUADA EVOLUCION, NIEGA SINTOMAS.

EXAMEN FISICO: LABIO DE ADEUCADA LONGITUD, NO ESCALONADO, NO ASIMETRIA
PALADAR CERRADO SIN COMPLICACIONES.

ANALISIS: PACIENTE DE 2 AÑOS CON DIAGNOSTICOS ANOTADOS, EXAMEN FISICO DESCRITO, SE CONSIDERA CONTINUAR TERAPIA DE FONO Y ODONTOLOGIA, POR EL MOMENTO SIN INDICAICON DE MANEJO ADIICONAL, SE EXPLICA A MADRE SUSTITUTA, NIEGA SINTOMAS

PLAN: CONTINUAR TERAPIA DE ODONTOLOIGA Y FONO.
CONTINUAR CONTROLES OP. SONRISA.

Fundación Operación Sonrisa Colombia

**Fecha y Hora** : 06/nov./2025 07:02 pm
**Descripción** : Control fonoaudiología

Edad actual: _2 AÑOS_ meses
Dx.: _Labio y paladar hendido unilateral derecho ____
Queilorrafia: __03.2024 Dra. Lehman
Palatorrafia: __27-02-2025 por Doctor Serrano

**OBSERVACIONES:**

Madre sustituta Fernanda en valoración con Martin 06 de noviembre 2025, **se hace revisión de la evolución del último control por fonoaudiología realizado de manera virtual.**

**Sesión previa:**
- En interacción con Martin se observa que ocasionalmente realiza fonema /p/ aislado, se percibe emisión nasal. Se observa producción de palabras /chao, hola, mamá/. Se dan recomendaciones a la madre sustituta para promover mayor producción de palabras con /p/ iniciando con producciones cortas como /pio/, además de otros sonidos de animales con fonemas nasales como /mu/, /miau/
- Debe continuar con diferenciación de cavidad nasal-oral, se plantea a la madre sustituta la diferencia entre soplo y explosión, Martín en receptivo en la sesión, se logra producción de /pi/ con oclusión nasal, con referente grafico de pájaro, se recomienda realizar más actividades de este tipo.
- No se percibe articulación compensatoria.
- Madre refiere han practicado y que Martín ya realiza explosión con las bolas de papel como retroalimentación visual, además de lograr /p/ bajo oclusión nasal en algunas sílabas, se solicitan videos, madre refiere los tiene y los va a enviar, sin embargo, a pesar de esperar varias horas, no realiza ningún envío de videos.
- Se recomienda continuar el proceso virtual y presencial con la misma especialista tratante.

**CONTROL INDIVIDUAL:**
Proceso mixto, virtual y presencial con especialista tratante. (Laura Ariza)

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 | 2025/12/08 | 2025/12/12 |

| Estado |
|---|

**Detalle**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Beneficiario/Cliente a Debitar** | Fernanda Carolina Rojas Palaci | **No. Producto** | 616040218 |
| **No. Identificación** | 1085267222 | **Entidad Financiera** | BANCO DE BOGOTA |
| **Tipo Producto Origen** | Cuenta Ahorros | **No. Comprobante** | 1608 |
| **No. Producto Origen/Recaudador** | 251847976 | **Forma de pago** | |
| **Fecha Pago/Débito** | 2025/12/10 | **Aviso al beneficiario** | N |
| **Fecha Transacción** | 2025/12/10 | **Estado de Aviso** | |
| **Valor Transacción** | $40,000.00 | **Fecha de Aviso** | |
| **Comisión** | - | **Medio Utilizado** | - |
| **IVA** | - | **No. Transacción** | 251F0422534400RZ |
| **Estado** | EXT | **Información** | Gastos de Emer Nov 2025 |
| **Descripción de Estado** | Exitoso | **Fecha Cobro** | 2025/12/10 |
| **Causal de Rechazo** | - | **No. Factura** | - |
| **No. Control** | OYJ004LQFU | **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 - 34271**

| | |
|---|---|
| **Señores** | VILLAMIL PINZON ANGELICA MARIA |
| **NIT** | 33.368.624-6 |
| **Dirección** | CARRERA 9A # 76A 19 BALCONES DEL NORTE |
| **Teléfono** | 3105692733 |
| **Ciudad** | TUNJA - COLOMBIA |
| **Factura Proveedor** | -0 |

| Fecha Comprobante | Fecha Vencimiento |
|---|---|
| 2025-11-30 | 2025-11-30 |

| Código | Descripción | Unid | Cant | V. Unit | Valor Total |
|---|---|---|---|---|---|
| 5195450200 | ANGELICA VILLAMIL-GASTO EMERGENCIA NOV | | 0 | .00 | 60,000.00 |

| | |
|---|---|
| **Total Bruto** | 60,000.00 |
| **Total a Pagar** | **$ 60.000,00** |

**CONDICION DE PAGO**

Cuenta Por Pagar 60.000,00 Cuota 2 P - 003- 34271 Vence el 2025-11-30

**VALOR EN LETRAS**

Sesenta 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 :82b95a4cb08546bd89cfa0c6a7620dfb7fe9960d0fec0294e67c1f763dd75941d6530c350c68bfa8ada47f0661db6209

| Fundación Infancia y Desarrollo | REEMBOLSO DE GASTOS | FO-GF-03-07-03<br>FUMD: 17/01/2019 |
|---|---|---|

**PROYECTO:** HOGARES SUSTITUTOS CONTRATO DE APORTE 15004032025

**FECHA:** 30/11/25

**RESPONSABLE:** MADRE SUSTITUTA: ANGELICA MARIA VILLAMIL PINZÓN BENEFICIARIO: SLENDY YAKELINE ALVAREZ VARGAZ

| No. | FECHA | NIT/RUT | BENEFICIARIO | CONCEPTO | VALOR | RETENCION | VALOR NETO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 8/11/2025 | 33368624 | ANGELICA MARIA VILLAMIL PINZÓN | Viaticos Tunja- Bogota | 60.000 | | 60.000 |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | TOTAL GASTOS | 60.000 | | 60.000 |

Nombre: ANGELICA MARIA VILLAMIL PINZÓN
Cargo: MADRE SUSTITUTA

Aprobado: _____
Nombre:
Cargo: Directora Financiera

CUENTA DE COBRO

CORPORACION INFANCIA Y DESARROLLO
NIT 830.082.544-7

PROYECTO

HOGARES SUSTITUTOS CONTRATO 15004032025

D E B E A:

ANGELICA MARIA VILLAMIL PINZON
NIT:
33368624

La Suma de: $ 60.000 SESENTA MIL PESOS

Por concepto de

Viáticos por el desplazamiento de Tunja a Bogotá para cita médica el día 08 de noviembre de 2025, correspondientes a la beneficiaria Slendy Yakeline Alvarez Vargas, del proyecto Hogares Sustitutos, en el marco del Contrato No. 15004032025.

| | |
|---|---|
| Fecha: | 30/11/2025 |
| Banco | BANCOLOMBIA |
| Tipo de cuenta | CUENTA DE AHORROS |
| No cuenta | 88263817570 |

Atentamente

ANGELICA MARIA VILLAMIL PINZON
33368624

| | |
|---|---|
| Departamento | Boyacá |
| Direccion | CARRERA 9A # 76A 19 BALCONES DEL NORTE |
| E - mail | angizoo1983@hotmail.com |
| Cel o Tel | 3105692733 |

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

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | *DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA FACTURA*<br>*HOGARES SUSTITUTOS CONTRATO 15004032025* | | | *FO-GF-02-02-05*<br>*FUMD: 25/10/2022* |
| NOMBRE Y APELLIDOS | ANGELICA MARIA VILLAMIL PINZON | | | DOC. EQUIVALENTE A LA FACTURA No. |
| 33.368.624 | DIRECCION | CIUDAD O DPTO | CEL O TEL | FECHA DE ELABORACIÓN |
| | CARRERA 9A # 76A 19 BALCONES DEL NORTE | Boyacá | 3105692733 | 30/11/2025 |
| CANTIDAD | CONCEPTO | | | VALOR |
| | Viáticos<br>Viáticos por el desplazamiento de Tunja a Bogotá para cita médica el día 08 de noviembre de 2025, correspondientes a la beneficiaria Slendy Yakeline Alvarez Vargas, del proyecto Hogares Sustitutos, en el marco del Contrato No. 15004032025. | | | $ 60.000 |

| | | |
|---|---|---|
| VALOR EN LETRAS: SESENTA MIL PESOS | Subtotal | $ 60.000 |
| | Rte Renta | $ 0 |
| | Rete Fuente | $ 0 |
| | Rete Ica | $ 0 |
| | Descuentos CID | |
| | Total a Pagar | $ 60.000 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | NOMBRE Bco. | TIPO CUENTA | CUENTA No. | |
| POR FAVOR | BANCOLOMBIA | AHORROS | | 88263817570 |
| | | ACEPTO: | | |

# FUNDACION HOSPITAL DE LA MISERICORDIA

899999123-7

## REPORTE HISTORIA CLINICA INGRESO



**Ingreso:** 4D1B529A60 **Fecha Historia:** 8/11/2025 12:55:33 p. m. **# Autorización:** 292150591
**Fecha ingreso:** 8/11/2025 9.51.02 a. m. **Causa de atención:** Enfermedad general pediatria
**Servicio ingreso:** CONSULTA EXTERNA C.E **Servicio egreso:** CONSULTA EXTERNA C.E
**Identificación:** 1029523836 **Nombres:** SLLENDY YAKELINNE **Apellidos:** ALVAREZ
**Número de folio:** 1 **Ubicación:** FUNDACION HOSPITAL DE LA MISERICORDIA - CONSULTA EXTERNA C.E

### IDENTIFICACIÓN

**Apellidos:** ALVAREZ
**Nombres:** SLLENDY YAKELINNE
**Dirección:** Cra.9A No.76A-19 balcones del norte - BOGOTA DC CENTRO - BOGOTA - BOGOTA - COLOMBIA
**Teléfono:** 3105692733 - 3105692733
**Entidad responsable:** NUEVA EPS S.A.
**Segurad social:** NUEVA EPS S.A.
**Tipo paciente:** SUBSIDIADO
**Profesión:** NO APLICA REGISTRAR

**Tipo documento:** TI **Número:** 1029523836
**Edad:** 10 Años 00 Meses 07 Dias (1/11/2015)
**Sexo biológico:** FEMENINO **Género:** Femenino
**Grupo:** O **RH:** Positivo
**Tipo afiliado:** NO APLICA
**Estado civil:** SOLTERA
**Grupo étnico:**

### ANAMNESIS

**Motivo de Consulta:** Primera vez

**Enfermedad Actual:**

Madre:Rosa Edilma Vargas
Padre: se desconoce
Consanguíneos: niega
Se encuentra bajo protección hace 2 años, madre sustituta Angelica Villamil desde ingreso a ICBF

Yakeline de 10 años se desconoce consanguinidad, se desconoce antecedentes prenatales, con diagnóstico de hipoacusia neurosensorial bilatera profunda, antecedente de fisura palaltina y labio completa, quien en controles por pediatría evidencian lesiones en abdomen, valorada por dermatología quienes refeiren estas cuentan con características ictiosiformes motivo el cuel remiten.

Neurodesarrollo: Cursa tercero de primaria con buen desemepño académico y se encuentra aprendiendo lenguaje de señas.

Antecedentes:
Familiares:
--Madre con hipoacusia bilateral
--Tíos maternos: Sanos
--Abuela materna cardiopatía (?)
--Se desconoce linea paterna
--Se desconoce hermandad
Patológicos: Lo descrito
Quirugicos: queiloplastia
Alérgicos: niega
Farmacológicos: Niega
PAI: Al dia

Inicio de olor apocrino a los 10 años, no boton mamario, patrón de sueño sin aletración, ronquido ocasional, sin disfagia.

Peso 32.8 kg (49P, -0.02z)[1]; Talla 136.7 cm (42P, -0.20z)[1]; IMC 17.6 kg/m² (62P, 0.31z)[1]; Circunferencia cefálica 53.1 cm (64P, 0.36z) 1) CDC 2000 Nromocefala, implanatción anterior y opsterior sin alteración, cejas normales, fisruas palpebrales alaragadas, oblicuas, hipertelrosimo, ralz nasal aplanada, doroso nasal ancho, filtrum liso, mordida cruzada, ausencia de dientes en arcada inferiore, refieremadre sustituta retiro por enfermedad dental, tórax simétrico, ruidos cariacos rítmico, extremiaddes braquidactilia, neurológico alerta, atenta, sigue ordenes, fuerza 5/5, sensibilidad 5/5. RMT ++/++++,piel sin lesioens de ictiosis, sl presenta lesiones elevacas tipo crostra en región de abdomen, escasas, hiperpigmentadas.

03/07/2025 TSH: 1.11
30/05/2025 Creatinina: 0.65 Glucosa: 75.1 hemograma: leuocitos: 6950 N: 3850 L: 2530 Hb: 15 Plaquetas: 186000
07/03/2024 TAC oido: Dentro de normalidad
19/03/2025 PEA: OD: hipoacusia predominio sensorial para oido derecho de grado severo OI: hipoacusia predominio sensorial grado Izquierdo

**Profesional:** MARIA FERNANDA GUERRERO CRIOLLO
**Especialidad:** GENETICA HUMANA
**Tarjeta Prof. #** 1014278697

**Identificación:** 1029523836
**Nombre:** SLLENDY YAKELINNE
**Apellido:** ALVAREZ



Powered by CamScanner

Ingreso: 4D1B529A60 Fecha Historia: 8/11/2025 12:55:33 p. m. # Autorización: 292150591
Fecha ingreso: 8/11/2025 9:51:02 a. m. Causa de atención: Enfermedad general pediatría
Servicio ingreso: CONSULTA EXTERNA C.E Servicio egreso: CONSULTA EXTERNA C.E
Identificación: 1029523836 Nombres: SLLENDY YAKELINNE Apellidos: ALVAREZ
Número de folio: 1 Ubicación: FUNDACION HOSPITAL DE LA MISERICORDIA - CONSULTA EXTERNA C.E

Análisis
Yakeline de 10 años fruto de unión noconsanguínea en seguimeinto multidisicpliarrio por hipoacusia neurosensorial con antecedente familair de madre conhipoacusia, en el moemtno en seguimiento por lesiones en piel que se consideraban ictiosiformes. Al examen físico antropometria nromal, algunas anomalías menores, lesiones tipo placa, huiperpigmentadas, no ictiosiformes, braquidactilia.
Paraclíncios con hipoacusia sensorial bilateral profunda. COnsidero dado diagnóstico de la apciente y antecedente familiar, se benfica de estudios dde extensión, se da roden de estudiomolecualr panel NGS + CNVs para hipoacusia que inclueya los genes: ABHD12, ABHD5, ACOX1, ACTG1, ADCY1, ADGRV1, AIFM1, ALMS1, ANLN, ARSB, ARSG, ATP1A3, ATP2B2, ATP6V1B1, BCAP31, BCS1L, BSND, BTD, CABP2, CACNA1D, CCDC50, CD151, CD164, CDC14A, CDH23, CEACAM16, CEP250, CEP78, CHD7, CIB2, CISD2, CLDN14, CLIC5, CLPP, CLRN1, COCH, COL11A1, COL11A2, COL2A1, COL4A3, COL4A4, COL4A5, COL4A6, COL9A1, COL9A2, COL9A3, CRYM, DBH, DCAF17, DCDC2, DFNA5, DFNB59, DIABLO, DIAPH1, DIAPH3, DMXL2, DNMT1, DSPP, EDN3, EDNRA, EDNRB, EFTUD2, ELMOD3, EPS8, EPS8L2, ESPN, ESRRB, EYA1, EYA4, FAM65B, FGF3, FGFR3, FOXC1, FOXI1, GALNS, GATA3, GDF6, GIPC3, GJA1, GJB1, GJB2, GJB3, GJB6, GLB1, GNS, GPSM2, GRHL2, GRXCR1, GRXCR2, GUSB, HARS, HARS2, HGF, HGSNAT, HOMER2, HSD17B4, HYAL1, IDS, IDUA, ILDR1, JAG1, KARS, KCNE1, KCNJ10, KCNQ1, KCNQ4, KITLG, LARS2, LHFPL5, LHX3, LOXHD1, LOXL3, LRP2, LRTOMT, MAN2B1, MARVELD2, MCM2, MEOX1, MET, MIR96, MITF, MPZ, MSRB3, MYH14, MYH7B, MYH9, MYO15A, MYO18B, MYO3A, MYO6, MYO7A, NAGLU, NARS2, NDRG1, NF2, NLRP3, NOG, OPA1, OSBPL2, OTOA, OTOF, OTOG, OTOGL, P2RX2, PAX3, PCDH15, PCGF2, PDZD7, PEX1, PEX10, PEX11B, PEX12, PEX13, PEX14, PEX16, PEX19, PEX2, PEX26, PEX3, PEX5, PEX6, PEX7, PHYH, PMP22, PNPT1, POLR1C, POLR1D, POU3F4, POU4F3, PRPS1, RAI1, RDX, RMND1, ROR1, RPS6KA3, S1PR2, SCP2, SERAC1, SERPINB6, SGSH, SH3TC2, SIX1, SIX5, SLC12A2, SLC17A8, SLC22A4, SLC26A4, SLC26A5, SLC29A3, SLC44A4, SLC4A11, SLC52A2, SLC52A3, SLITRK6, SMPX, SNAI2, SOX10, SYNE4, TBC1D24, TCOF1, TECTA, TFAP2A, TIMM8A, TJP2, TMC1, TMEM126A, TMEM132E, TMIE, TMPRSS3, TPRN, TRIOBP, TRRAP, TSPEAR, TUBB4B, TWNK, UBR1, USH1C, USH1G, USH2A, VCAN, WBP2, WFS1, WHRN, ZNF469. Fenotipo impreisona materno (se ven fotos) se da orden de control con resultados-

## ANTECEDENTES

| | |
|---|---|
| Médicos: | -- No Refiere -- |
| Oftalmológicos: | -- No Refiere -- |
| Quirúrgicos: | -- No Refiere -- |
| Transfusionales: | -- No Refiere -- |
| Inmunológicos: | -- No Refiere -- |
| Alérgicos: | -- No Refiere -- |
| Traumáticos: | -- No Refiere -- |
| Psicológicos: | -- No Refiere -- |
| Farmacológicos: | -- No Refiere -- |
| Familiares: | -- No Refiere -- |
| Tóxicos: | -- No Refiere -- |
| Hábitos de vida: | -- No Refiere -- |
| Escolares: | -- No Refiere -- |
| Laborales: | -- No Refiere -- |
| Nutricionales: | -- No Refiere -- |
| Odontológicos: | -- No Refiere -- |
| Socioeconómicos: | -- No Refiere -- |
| Otros: | -- No Refiere -- |

## REVISIÓN POR SISTEMAS

## OBJETIVO - EXAMEN FISICO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Presión arterial : | 98/45 mmHg | Frecuencia respiratoria : | 19 respiraciones/min | Temperatura : | |
| Presión arterial media : | 62,67 mmHg | Frecuencia cardiaca : | 76 latidos/min | SpO2 : | 0% |
| Perímetro abdominal : | 1 cm | Índice de masa corporal : | 17,48 Kg/m² | Dolor: | 0 |

Profesional: MARIA FERNANDA GUERRERO CRIOLLO
Especialidad: GENETICA HUMANA
Tarjeta Prof. # 1014278697
Identificación: 1029523836
Nombre: SLLENDY YAKELINNE
Apellido: ALVAREZ



Powered by CamScanner

Ingreso: 4D1B529A60 Fecha Historia: 8/11/2025 12:55:33 p. m. # Autorización: 292150591
Fecha ingreso: 8/11/2025 9:51:02 a. m. Causa de atención: Enfermedad general pediatria
Servicio ingreso: CONSULTA EXTERNA C.E Servicio egreso: CONSULTA EXTERNA C.E
Identificación: 1029523836 Nombres: SLLENDY YAKELINNE Apellidos: ALVAREZ
Número de folio: 1 Ubicación: FUNDACION HOSPITAL DE LA MISERICORDIA - CONSULTA EXTERNA C.E

Perímetro cefálico : cm Perímetro torácico : cm Talla: 136.7 cm
Perímetro braquial : 1.0 cm Superficie corporal : 1.13 m²
Peso actual: 32.80 KG
N: Normal, AN: Anormal

| | | |
|---|---|---|
| Cabeza: | ☑ N | ☐ AN |
| Ojos: | ☑ N | ☐ AN |
| ORL: | ☑ N | ☐ AN |
| Cuello: | ☑ N | ☐ AN |
| Tórax: | ☑ N | ☐ AN |
| Abdomen: | ☑ N | ☐ AN |
| Genitourinario: | ☑ N | ☐ AN |
| Extremidades: | ☑ N | ☐ AN |
| Neurológica: | ☑ N | ☐ AN |
| Piel: | ☑ N | ☐ AN |

Observaciones:

## INDICADORES ANTROPOMÉTRICOS

Peso para la Talla:
Peso para la Edad:
Perimetro Cefálico:
Talla para la Edad: >=-1 / Talla adecuada para la edad.
Indice Masa Corporal: >=-1 a <=+1 / IMC Adecuado para la edad.

## IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

| CIE10 | Diagnóstico | Observaciones | Tipo | Principal |
|---|---|---|---|---|
| H903 | HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL, BILATERAL | | Confirmado repetido | ☑ |

## ESCALAS DE SALUD

### ESCALA (NRS) NUMÉRICA DEL DOLOR

Puntaje total : 0 puntos Interpretación : Sin dolor

## ANÁLISIS

### CONCILIACION MEDICAMENTOSA

¿Se realizo la conciliación medicamentosa? : Si ☐ No ☐

### ORDENES MEDICAS EXTRAMURALES

LABORATORIOS EXTRAMURAL:

| Código Servicio | Servicio | Fecha sugerida toma | Cantidad |
|---|---|---|---|
| 908420 | ESTUDIOS MOLECULARES DE GENES (ESPECIFICOS) | // PANEL NGS + ANALISIS DE CNV - ESTUDIOS MOLECULARES DE GENES (ESPECIFICOS) | 8/11/2025 12:54:00 p. m. | 1 |

Observaciones: PANEL NGS + CNVS PARA GENES DESCRITOS EN ENFERMEDAD ACTUAL

SERVICIOS DE CONTROL:

| Código Servicio | Servicio |
|---|---|

Profesional: MARIA FERNANDA GUERRERO CRIOLLO Identificación: 1029523836
Especialidad: GENETICA HUMANA Nombre: SLLENDY YAKELINNE
Tarjeta Prof. # 1014278697 Apellido: ALVAREZ



Powered by CamScanner

Ingreso: 4D1B529A60 Fecha Historia: 8/11/2025 12:55:33 p. m. # Autorización: 292150591
Fecha ingreso: 8/11/2025 9:51:02 a. m. Causa de atención: Enfermedad general pediatría
Servicio ingreso: CONSULTA EXTERNA C.E Servicio egreso: CONSULTA EXTERNA C.E
Identificación: 1029523836 Nombres: SLLENDY YAKELINNE Apellidos: ALVAREZ
Número de folio: 1 Ubicación: FUNDACION HOSPITAL DE LA MISERICORDIA - CONSULTA EXTERNA C.E

890348 CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN GENETICA MEDICA.

INTERCONSULTAS EXTRAMURAL:

| Código Servicio | Servicio | Cantidad |
|---|---|---|
| 890348 | CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN GENETICA MEDICA. | 1 |

CONTROL

El Próximo Control es Dentro de 4 Mes(es) con la Especialidad de GENETICA HUMANA

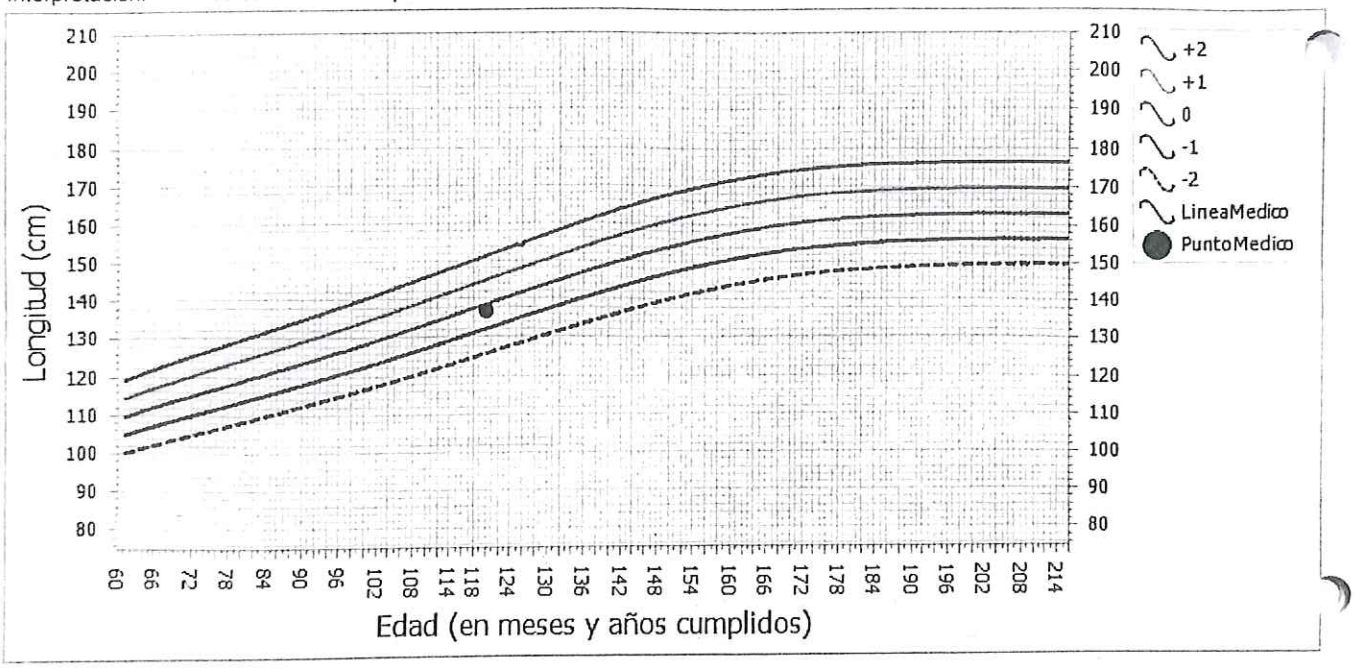
DESTINO

SALIDA

CURVAS DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO - OTROS

TALLA PARA LA EDAD

Interpretación: >=-1 / Talla adecuada para la edad.




INDICE DE MASA CORPORAL

Interpretación: >=-1 a <=+1 / IMC Adecuado para la edad.

Profesional: MARIA FERNANDA GUERRERO CRIOLLO
Especialidad: GENETICA HUMANA
Tarjeta Prof. # 1014278697

Identificación: 1029523836
Nombre: SLLENDY YAKELINNE
Apellido: ALVAREZ



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 | 2025/12/08 | 2025/12/12 |

| Estado |
|---|

**Detalle**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Beneficiario/Cliente a Debitar** | Angelica Maria Villamil Pinzon | **No. Producto** | 88263817570 |
| **No. Identificación** | 33368624 | **Entidad Financiera** | BANCOLOMBIA |
| **Tipo Producto Origen** | Cuenta Ahorros | **No. Comprobante** | 1613 |
| **No. Producto Origen/Recaudador** | 251847976 | **Forma de pago** | |
| **Fecha Pago/Débito** | 2025/12/10 | **Aviso al beneficiario** | N |
| **Fecha Transacción** | 2025/12/10 | **Estado de Aviso** | |
| **Valor Transacción** | $60,000.00 | **Fecha de Aviso** | |
| **Comisión** | 0 | **Medio Utilizado** | - |
| **IVA** | 0 | **No. Transacción** | 251A3212534400TB |
| **Estado** | EXT | **Información** | Gastos de Emer Nov 2025 |
| **Descripción de Estado** | Exitoso | **Fecha Cobro** | 2025/12/10 |
| **Causal de Rechazo** | - | **No. Factura** | - |
| **No. Control** | OYJ004LQFU | **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 - 34272**

| | |
|---|---|
| **Señores** | PIRATEQUE SUAREZ CLAUDIA LILIANA |
| **NIT** | 1.019.037.647-5 |
| **Dirección** | CRA 1ESTE # 4-106 MZ 2 CASA 2 COOSERVICIOS |
| **Teléfono** | 3193759776 |
| **Ciudad** | TUNJA - COLOMBIA |
| **Factura Proveedor** | -0 |

| Fecha Comprobante | Fecha Vencimiento |
|---|---|
| 2025-11-30 | 2025-11-30 |

| Código | Descripción | Unid | Cant | V. Unit | Valor Total |
|---|---|---|---|---|---|
| 5195450200 | CLAUDIA PIRATEQUE-GASTO EMERGENCIA NOV | | 0 | .00 | 40,000.00 |

| | |
|---|---|
| **Total Bruto** | 40,000.00 |
| **Total a Pagar** | **$ 40.000,00** |

**CONDICION DE PAGO**

Cuenta Por Pagar 40.000,00 Cuota 2 P - 003- 34272 Vence el 2025-11-30

**VALOR EN LETRAS**

Cuarenta 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 :8ea79cc76a1556271367e527ea4c9d66ed237a567621b8e370011879dacfaadd52b3660f37344a6485822840f1297ba8

| Corporación Infancia y Desarrollo | REEMBOLSO DE GASTOS | FO-GF-03-07-03<br>FUMD: 17/01/2019 |
|---|---|---|

**PROYECTO:** HOGARES SUSTITUTOS CONTRATO DE APORTE 1500403 2025

**FECHA:** 30/11/25

**RESPONSABLE:** MADRE SUSTITUTA: CLAUDIA LILIANA PIRATEQUE SUAREZ BENEFICIARIO: LUZ DARY ARCHILA CRUZ

| No. | FECHA | NIT/RUT | BENEFICIARIO | CONCEPTO | VALOR | RETENCION | VALOR NETO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 13/11/2025 | 1019037647 | CLAUDIA LILIANA PIRATEQUE SUAREZ | VIATICOS TUNJA- BOGOTA | 40.000 | | 40.000 |
| 2 | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | TOTAL GASTOS | 40.000 | | 40.000 |

Claudia Liliana Pirateque Suarez.

CLAUDIA LILIANA PIRATEQUE SUAREZ
Cargo: MADRE SUSTITUTA

Aprobado: _____
Nombre:
Cargo: Directora Financiera

CUENTA DE COBRO

CORPORACION INFANCIA Y DESARROLLO
NIT 830.082.544-7

PROYECTO

HOGARES SUSTITUTOS CONTRATO 15004032025

D E B E A:

CLAUDIA LILIANA PIRATEQUE SUAREZ
NIT:
1019037647

La Suma de: $ 40.000 CUARENTA MIL PESOS

Por concepto de

Viáticos por el desplazamiento de Tunja a Bogotá para cita médica el día 13 de noviembre de 2025, correspondientes a la beneficiaria Luz Dary Archila Cruz, del proyecto Hogares Sustitutos, en el marco del Contrato No. 15004032025.

| | |
|---|---|
| Fecha: | 30/11/2025 |
| Banco | BANCOLOMBIA |
| Tipo de cuenta | CUENTA DE AHORROS |
| No cuenta | 49237459201 |

Atentamente

Claudia Liliana Pirateque Suarez.

CLAUDIA LILIANA PIRATEQUE SUAREZ
1019037647

| | |
|---|---|
| Departamento | Boyacá |
| Direccion | CRA 1ESTE # 4-106 MZ 2 CASA 2 |
| E - mail | claudiapirateque2308@hotmail.com |
| Cel o Tel | 3193759776 |

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

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | *DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA FACTURA*<br>*HOGARES SUSTITUTOS CONTRATO 15004032025* | | | *FO-GF-02-02-05*<br>*FUMD: 25/10/2022* |
| NOMBRE Y APELLIDOS | CLAUDIA LILIANA PIRATEQUE SUAREZ | | | DOC. EQUIVALENTE A LA FACTURA No. |
| 1.019.037.647 | DIRECCION | CIUDAD O DPTO | CEL O TEL | FECHA DE ELABORACIÓN |
| | CRA 1ESTE # 4-106 MZ 2 CASA 2 | Boyacá | 3193759776 | 30/11/2025 |
| CANTIDAD | CONCEPTO | | | VALOR |
| | Viáticos<br>Viáticos por el desplazamiento de Tunja a Bogotá para cita médica el día 13 de noviembre de 2025, correspondientes a la beneficiaria Luz Dary Archila Cruz, del proyecto Hogares Sustitutos, en el marco del Contrato No. 15004032025. | | | $ 40.000 |

| | | |
|---|---|---|
| VALOR EN LETRAS: CUARENTA MIL PESOS | Subtotal | $ 40.000 |
| | Rte Renta | $ 0 |
| | Rete Fuente | $ 0 |
| | Rete Ica | $ 0 |
| | Descuentos CID | |
| | Total a Pagar | $ 40.000 |

| | NOMBRE Bco. | TIPO CUENTA | CUENTA No. | |
|---|---|---|---|---|
| POR FAVOR | BANCOLOMBIA | AHORROS | 49237459201 | |
| | | ACEPTO: | Claudia Liliana Pirateque Suarez. | |

# FUNDACION HOSPITAL DE LA MISERICORDIA

899999123-7

## REPORTE HISTORIA CLINICA INGRESO



Ingreso: F82D48B800 Fecha Historia: 13/11/2025 2 46 43 p m # Autorización:
Fecha ingreso: 13/11/2025 1 01 33 p m Causa de atención: Enfermedad general pediatria
Servicio ingreso: CONSULTA EXTERNA C E Servicio egreso: CONSULTA EXTERNA C E
Identificación: 1029521387 Nombres: LUZ DARY Apellidos: ARCHILA CRUZ
Número de folio: 26 Ubicación: FUNDACION HOSPITAL DE LA MISERICORDIA - CONSULTA EXTERNA C E

### IDENTIFICACIÓN

Apellidos: ARCHILA CRUZ
Nombres: LUZ DARY
Dirección: CRA 1 ESTE N 4 -106 - TUNJA - CENTRO - TUNJA - BOYACA - COLOMBIA
Teléfono: 3193359776 - 3212094601
Entidad responsable: NUEVA EPS S A
Segurad social: NUEVA EPS S.A
Tipo paciente: SUBSIDIADO
Profesión: NO APLICA REGISTRAR

Tipo documento: TI Número: 1029521387
Edad: 16 Años 10 Meses 08 Dias (5/01/2009)
Sexo biológico: FEMENINO Género: Femenino
Grupo: A RH: Positivo
Tipo afiliado: NO APLICA
Estado civil: SOLTERA
Grupo étnico:

### ANAMNESIS

Motivo de Consulta: REUMATOLOGIA PEDIATICA

Enfermedad Actual:

REUMATOLOGÍA PEDIÁTRICA
EDAD: 16 AÑOS
1029521387
INFORMANTE: MADRE SUSTITUTA CLAUDIA PIRATEQUE
TELÉFONO: 3193759776
PROCEDENTE: TUNJA

MOTIVO DE CONSULTA, TIENE HIPOTIRIDISMO Y UNAS MANCHAS EN LA PIEL
PACIENTE CON DIAGNÓSTICOS
·TALLA BAJA PATOLÓGICA
·TIROIDITIS AUTOINMUNE: HIPOTIROIDISMO
·PROBABLE NEUROFIBROMATOSIS EN ESTUDIO
-MANCHAS CAFE CON LECHE + NODULOS DE LISH

TRATAMIENTO
·LEVOTIROXINA 75 MCG (INICIO ENERO 2023)
.PEG

TRATAMIENTO PREVIO
NIEGA

S./ HA ESTADO BIEN, MAS TRANQUILA, REFIERQ QUE H ESTADO MUCHO MEJOR.
FUE VALORADA POR
* OTORRINO QUIEN NO ENCUENTRA ALTERACION AL EXAMEN FISICO PERO TIENE PEND LOS ESTUDIOS
* OPTOMTRIA NORMAL

REVISIÓN POR SISTEMAS:
CEFALEA: NO
CAIDA DE PELO: NIEGA
CAMBIOS EN AGUDEZA VISUAL NIEGA, USA GAFAS, OJO SECO SI
FOTOSENSIBILIDAD: NIEGA
ÚLCERAS ORALES: NIEGA, BOCA SECA NIEGA
ADENOPATÍAS: NIEGA
DOLOR TORACICO: NIEGA
DOLOR ABDOMINAL SI EN SEGUIMIENTO POR GASTRO, MAS EN RELACION A EPIGASTRALGIAS
ORINAS HIPERCOLOREADAS: NIEGA, ORINA ESPUMOSA: NIEGA
DEPOSICIONES ESTREÑIMIENTO
FIEBRE: NIEGA

Profesional: ADRIANA SORAYA DIAZ MALDONADO
Especialidad: REUMATOLOGIA PEDIATRICA
Tarjeta Prof. # 52172884

Identificación: 1029521387
Nombre: LUZ DARY
Apellido: ARCHILA CRUZ



Powered by CamScanner

Ingreso: F82D48B800 Fecha Historia: 13/11/2025 2:46:43 p. m. # Autorización:
Fecha ingreso: 13/11/2025 1:01:33 p. m. Causa de atención: Enfermedad general pediatria
Servicio ingreso: CONSULTA EXTERNA C E Servicio egreso: CONSULTA EXTERNA C E
Identificación: 1029521387 Nombres: LUZ DARY Apellidos: ARCHILA CRUZ
Número de folio: 26 Ubicación: FUNDACION HOSPITAL DE LA MISERICORDIA - CONSULTA EXTERNA C E

## IDENTIFICACIÓN

Apellidos: ARCHILA CRUZ
Nombres: LUZ DARY
Dirección: CRA 1 ESTE N 4 -106 - TUNJA - CENTRO - TUNJA - BOYACA - COLOMBIA
Teléfono: 3193359776 - 3212094601
Entidad responsable: NUEVA EPS S.A
Segurad social: NUEVA EPS S.A.
Tipo paciente: SUBSIDIADO
Profesión: NO APLICA REGISTRAR

Tipo documento: TI Número: 1029521387
Edad: 16 Años 10 Meses 08 Dias (5/01/2009)
Sexo biológico: FEMENINO Género: Femenino
Grupo: A RH: Positivo
Tipo afiliado: NO APLICA
Estado civil: SOLTERA
Grupo étnico:

## ANAMNESIS

**Motivo de Consulta:** REUMATOLOGIA PEDIATICA

**Enfermedad Actual:**

REUMATOLOGÍA PEDIÁTRICA
EDAD: 16 AÑOS
1029521387
INFORMANTE: MADRE SUSTITUTA CLAUDIA PIRATEQUE
TELÉFONO: 3193759776
PROCEDENTE: TUNJA

MOTIVO DE CONSULTA, TIENE HIPOTIRIDISMO Y UNAS MANCHAS EN LA PIEL
PACIENTE CON DIAGNÓSTICOS
·TALLA BAJA PATOLÓGICA
·TIROIDITIS AUTOINMUNE: HIPOTIROIDISMO
·PROBABLE NEUROFIBROMATOSIS EN ESTUDIO
-MANCHAS CAFE CON LECHE + NODULOS DE LISH

TRATAMIENTO
·LEVOTIROXINA 75 MCG (INICIO ENERO 2023)
.PEG

TRATAMIENTO PREVIO
NIEGA

S:/ HA ESTADO BIEN, MAS TRANQUILA, REFIERQ QUE H ESTADO MUCHO MEJOR.
FUE VALORADA POR
* OTORRINO QUIEN NO ENCUENTRA ALTERACION AL EXAMEN FISICO PERO TIENE PEND LOS ESTUDIOS.
* OPTOMTRIA NORMAL

REVISIÓN POR SISTEMAS:
CEFALEA: NO
CAIDA DE PELO: NIEGA
CAMBIOS EN AGUDEZA VISUAL NIEGA, USA GAFAS, OJO SECO SI
FOTOSENSIBILIDAD: NIEGA
ÚLCERAS ORALES: NIEGA, BOCA SECA NIEGA
ADENOPATÍAS: NIEGA
DOLOR TORACICO: NIEGA
DOLOR ABDOMINAL SI EN SEGUIMIENTO POR GASTRO, MAS EN RELACION A EPIGASTRALGIAS
ORINAS HIPERCOLOREADAS: NIEGA, ORINA ESPUMOSA: NIEGA
DEPOSICIONES ESTREÑIMIENTO
FIEBRE: NIEGA

Profesional: ADRIANA SORAYA DIAZ MALDONADO
Especialidad: REUMATOLOGIA PEDIATRICA
Tarjeta Prof. # 52172884

Identificación: 1029521387
Nombre: LUZ DARY
Apellido: ARCHILA CRUZ



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 | 2025/12/08 | 2025/12/12 |

| Estado |
|---|

**Detalle**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Beneficiario/Cliente a Debitar** | Cladia Liliana Pirateque Suare | **No. Producto** | 49237459201 |
| **No. Identificación** | 1019037647 | **Entidad Financiera** | BANCOLOMBIA |
| **Tipo Producto Origen** | Cuenta Ahorros | **No. Comprobante** | 1612 |
| **No. Producto Origen/Recaudador** | 251847976 | **Forma de pago** | |
| **Fecha Pago/Débito** | 2025/12/10 | **Aviso al beneficiario** | N |
| **Fecha Transacción** | 2025/12/10 | **Estado de Aviso** | |
| **Valor Transacción** | $40,000.00 | **Fecha de Aviso** | |
| **Comisión** | 0 | **Medio Utilizado** | - |
| **IVA** | 0 | **No. Transacción** | 251A3212534400TA |
| **Estado** | EXT | **Información** | Gastos de Emer Nov 2025 |
| **Descripción de Estado** | Exitoso | **Fecha Cobro** | 2025/12/10 |
| **Causal de Rechazo** | - | **No. Factura** | - |
| **No. Control** | OYJ004LQFU | **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 - 34273**

| | |
|---|---|
| **Señores** | RINCON ARIAS FLOR MARIA |
| **NIT** | 23.652.691- |
| **Dirección** | Transversal 7 #62-27 BARRIO ASIS |
| **Teléfono** | 3162690343 |
| **Ciudad** | TUNJA - COLOMBIA |

**Factura Proveedor** -0

| Fecha Comprobante | Fecha Vencimiento |
|---|---|
| 2025-11-30 | 2025-11-30 |

| Código | Descripción | Unid | Cant | V. Unit | Valor Total |
|---|---|---|---|---|---|
| 5195450200 | FLOR RINCON-GASTO EMERGENCIA NOV | | 0 | .00 | 40,000.00 |

| | |
|---|---|
| **Total Bruto** | 40,000.00 |
| **Total a Pagar** | **$ 40.000,00** |

**CONDICION DE PAGO**

Cuenta Por Pagar 40.000,00 Cuota 2 P - 003- 34273 Vence el 2025-11-30

**VALOR EN LETRAS**

Cuarenta 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 :0b10e3bd722c536c165157e85dd7b68d46f0d18be4e78e6d4846fee87d34d7fa97795ba5e0d465b4586e9316bbbe6e41

| Fundación Infancia y Desarrollo | REEMBOLSO DE GASTOS | FO-GF-03-07-03<br>FUMD: 17/01/2019 |
|---|---|---|

**PROYECTO:** HOGARES SUSTITUTOS CONTRATO DE APORTE 15004032025

**FECHA:** 30/11/25

**RESPONSABLE:** MADRE SUSTITUTA:FLOR MARIA RINCON ARIAS BENEFICIARIO: PABLO TORRES BONILLA

| No. | FECHA | NIT/RUT | BENEFICIARIO | CONCEPTO | VALOR | RETENCION | VALOR NETO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 26/11/2025 | 23652691 | PABLO TORRES BONILLAS | Viaticos Tunja- Bogota | 40.000 | | 40.000 |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | TOTAL GASTOS | 40.000 | | 40.000 |

Nombre: FLOR MARIA RINCON
Cargo: MADRE SUSTITUTA

Aprobado: _____
Nombre:
Cargo: Directora Financiera

CUENTA DE COBRO

CORPORACION INFANCIA Y DESARROLLO
NIT 830.082.544-7

PROYECTO

HOGARES SUSTITUTOS CONTRATO 15004032025

D E B E  A:

FLOR MARIA RINCON
NIT:
23652691

La Suma de: $ 40.000 CUARENTA MIL PESOS

**Por concepto de**

Viáticos por el desplazamiento de Tunja a Bogotá para cita médica el día 26 de noviembre de 2025, correspondientes al beneficiario Pablo Bonilla Torres, del proyecto Hogares Sustitutos, en el marco del Contrato No. 15004032025.

| | |
|---|---|
| **Fecha:** | 30/11/2025 |
| **Banco** | BANCOLOMBIA |
| **Tipo de cuenta** | CUENTA DE AHORROS |
| **No cuenta** | 04840873922 |

**Atentamente**

**FLOR MARIA RINCON**
**23652691**

| | |
|---|---|
| **Departamento** | Boyacá |
| **Direccion** | Transversal 7 #62-27 BARRIO ASIS |
| **E - mail** | flower_0721@hotmail.com |
| **Cel o Tel** | 3162690343 |

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

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | *DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA FACTURA*<br>*HOGARES SUSTITUTOS CONTRATO 15004032025* | | | *FO-GF-02-02-05*<br>*FUMD: 25/10/2022* |
| NOMBRE Y APELLIDOS | FLOR MARIA RINCON | | | DOC. EQUIVALENTE A LA FACTURA No. |
| 23.652.691 | DIRECCION | CIUDAD O DPTO | CEL O TEL | FECHA DE ELABORACIÓN |
| | Transversal 7 #62-27 BARRIO ASIS | Boyacá | 3162690343 | 30/11/2025 |
| CANTIDAD | CONCEPTO | | | VALOR |
| | **Viáticos**<br>Viáticos por el desplazamiento de Tunja a Bogotá para cita médica el día 26 de noviembre de 2025, correspondientes al beneficiario Pablo Bonilla Torres, del proyecto Hogares Sustitutos, en el marco del Contrato No. 15004032025. | | | $ 40.000 |

| | | |
|---|---|---|
| VALOR EN LETRAS: CUARENTA MIL PESOS | Subtotal | $ 40.000 |
| | Rte Renta | $ 0 |
| | Rete Fuente | $ 0 |
| | Rete Ica | $ 0 |
| | Descuentos CID | |
| | Total a Pagar | $ 40.000 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | NOMBRE Bco. | TIPO CUENTA | CUENTA No. | |
| POR FAVOR | BANCOLOMBIA | AHORROS | | 04840873922 |
| | ACEPTO: | | | |

Calle. 24D # 40-29 Bogotá D.C. * Celular: 317 6460751
e-mail: cid@cid.org.co * www.cid.org.co

# FUNDACION HOSPITAL DE LA MISERICORDIA

NIT: 899999123-7

## SOLICITUD INTERCONSULTAS EXTRAMURAL

**Ingreso:** 1B460B07A2 **Fecha Historia:** 26/11/2025 4:47:15 p. m.



**Número de Folio:** 4 **Ubicación:** FUNDACION HOSPITAL DE LA MISERICORDIA - CONSULTA EXTERNA C.E

### IDENTIFICACIÓN

**Apellidos:** TORRES BONILLA

**Nombres:** PABLO ENRRIQUE

**Dirección:** calle 61 numero 6 - 61 Barrio Asis - BOGOTA DC CENTRO - BOGOTA - BOGOTA - COLOMBIA

**Teléfono:** 3219144879 - 3219144879

**Entidad Responsable:** NUEVA EPS S.A.

**Seguridad Social:** NUEVA EPS S.A.

**Tipo Documento:** RC **Numero:** 1057467277

**Edad:** 05 Años 04 Meses 01 Dias (25/07/2020)

**Sexo biológico:** MASCULINO **Género:** Masculino

**Tipo Paciente:** SUBSIDIADO

**Tipo Afiliado:** NO APLICA

### PLAN DE MANEJO

INTERCONSULTAS EXTRAMURAL:

| Código | Servicio | Especialidad | Cantidad |
|---|---|---|---|
| 890281 | CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA PEDIATRICA. CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA PEDIATRICA | ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA PEDIATRICA | 1 |

**Observaciones:** **********DR AMADOR, DR HUERTAS O MAHECHA, POSTERIOR A JUNTA DE ESAPSTICIDAD **********

### IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

| CIE10 | Diagnostico | Observaciones | Tipo | Principal |
|---|---|---|---|---|
| G800 | PARALISIS CEREBRAL ESPASTICA CUADRIPLEJICA | | Confirmado repetido | ☑ |

**Vigencia:** (Formula vigente para 30 días)

**Profesional:** CAMILO ANDRES SEPULVEDA GUEVARA

HOMI CONSULTA EXTERNA

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 | 2025/12/08 | 2025/12/12 |

| Estado |
|---|

**Detalle**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Beneficiario/Cliente a Debitar** | Flor Maria Rincon Arias | **No. Producto** | 04840873922 |
| **No. Identificación** | 23652691 | **Entidad Financiera** | BANCOLOMBIA |
| **Tipo Producto Origen** | Cuenta Ahorros | **No. Comprobante** | 1610 |
| **No. Producto Origen/Recaudador** | 251847976 | **Forma de pago** | |
| **Fecha Pago/Débito** | 2025/12/10 | **Aviso al beneficiario** | N |
| **Fecha Transacción** | 2025/12/10 | **Estado de Aviso** | |
| **Valor Transacción** | $40,000.00 | **Fecha de Aviso** | |
| **Comisión** | 0 | **Medio Utilizado** | - |
| **IVA** | 0 | **No. Transacción** | 251A321253440OT8 |
| **Estado** | EXT | **Información** | Gastos de Emer Nov 2025 |
| **Descripción de Estado** | Exitoso | **Fecha Cobro** | 2025/12/10 |
| **Causal de Rechazo** | - | **No. Factura** | - |
| **No. Control** | OYJ004LQFU | **Oficina Pago** | - |
| **Tipo Producto Destino** | Cuenta Ahorros | **Usuario Creador** | MIGUEL ANGEL YAGAMA VALENCIA |

CORPORACION INFANCIA Y DESARROLLO
NIT : 830,082,544 - 7
CALLE 24D N 40-29
3176460751 - 3185863257
BOGOTA - COLOMBIA

**HOGARES SUSTITUTOS 15004032025**

**L - 300 - 644**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Señores** | ESE CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE BOYACA | | | **Fecha Comprobante** |
| **NIT** | 891,800,982 - 3 | **Teléfono** | 31765482008 | 2025-11-15 |
| **Dirección** | KM 1 VIA SORACA | **Ciudad** | TUNJA - COLOMBIA | |

| Código | DescripcionLargaProducto | NIT | C.C | Detalle | Valor |
|---|---|---|---|---|---|
| 5195956100 | ESE CENTRO REHAB-FAC 982 CONTROL FONOAUD GASTO EME | 891,800,982 | 257 - 7 | | 73.074,000 |
| 5195956100 | ESE CENTRO REHAB-FAC 587 CONTROL FONOAUD GASTO EME | 891,800,982 | 257 - 7 | | 73.074,000 |
| 1330100100 | NURY BOLIVAR-LEG ANTC GASTO EMERG NOV | 40,049,856 | 257 - 1 | | -146.148,000 |

**OBSERVACIONES**

Elaborado e impreso por Siigo

Elaborado por

Aprobado por

| Corporación Infancia y Desarrollo | LEGALIZACION DE ANTICIPO | FO-GF-02-03-02<br>FUMD: 13/09/2016 |
|---|---|---|

*Proyecto:* HOGARES SUTITUTOS CONTRATO DE APROTE 15004032025

*Fecha del Anticipo:* 01 de Noviembre de 2025

*Fecha de legalización:* 30 de Noviembre de 2025

| No. | FECHA | NIT/RUT | BENEFICIARIO | CONCEPTO | VALOR | RETENCION | VALOR NETO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 15/11/25 | 891800982-3 | MIA ISABEL JUAN DE DIOS | CIRB- 2 TERAPIAS FONOAUDIOLOGIA | 73.074 | | 73.074 |
| 2 | 18/11/25 | 891800982-3 | MIA ISABEL JUAN DE DIOS | CIRB- 2 TERAPIAS FONOAUDIOLOGIA | 73.074 | | 73.074 |
| | | | | | | | - |
| | | | | | | | - |
| | | | | | | | - |
| | | | | | | | - |
| | | | | | | | - |
| | | *TOTAL GASTOS* | | | 146.148 | - | 146.148 |
| | | *VALOR ANTICIPO* | | | 146.148 | | 146.148 |
| | | *SALDO PENDIENTE DE LEGALIZACIÓN* | | | | | - |
| | | *SALDO A FAVOR* | | | | | |

Elaboró : NuryBar

Nombre: NURY JULETH BOLIVAR NIETO
MADRE SUSTITUTA
Cedula: 40049856

Aprobó: _____
Nombre:
Cargo: Directora Financiera

Breve descrición de las actividades realizadas:

Fueron ocho terapias en las que se le realizaron al beneficiarios masajes, pronunciacion movilidad al masticar.

## E.S.E. CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE



**NIT: 891800982-3**

**Dirección: Kilómetro 1 Vía a Soracá**

**CALL CENTER 3176548208**

**Tunja**

**Cod. IPS:**

Facturación Electrónica, según resolución de la DIAN No. 18764100191861 con vigencia del 16-10-2025 al 16-10-2027. Numeración habilitada del 348122 al 500000 y prefijo ESEC

**FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No.** **ESEC-350982**

| | | |
|---|---|---|
| Fecha Factura: | 15/11/2025 | |
| Fecha Vencimiento: | 15/11/2025 | |
| Fecha Validación DIAN: | 15/11/2025 | 16:12:00 |
| Fecha Inicial: | 03/11/2025 | |
| Fecha Final: | 07/11/2025 | |

**Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.**

**CUFE:** d9eb4487a76130393882c7fb43057a4ad6094c4bb2511af5e688bf9c9e8f82316 50f45e2294d5510291e4d95ad91168e

Elaborado por: PAOLA ANDREA ANDRADE GONZALEZ



| | | | |
|---|---|---|---|
| **Administradora:** | JUAN DE DIOS MIA ISABELLA | | |
| **Nit:** | 1049664948 | **Forma pago:** | Contado |
| **Convenio:** | PARTICULARES - | | |
| **Fecha Convenio:** | 01/01/2012 A 01/01/2050 | **Medio pago:** | Instrumento no definido |
| **Contratacion:** | Pago por evento | **Plan Beneficio:** | Particular |

RC 1049664948 JUAN DE DIOS MIA ISABELLA **Tipo Usuario:** Particular

| Orden | Fecha | Código | Nº Mipres | CUM | Ent. Mipres | AUTORI. | Descripción | Cant. | Vl.Unit | Vl.Total | Copago | Saldo |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 265481 | /11/2025 | 937000 | | | | | Terapia fonoaudiológica integral SOD | 1.00 | 36,537.00 | 36,537 | 36,537 | 0 |
| | | | | | | | | | **Total Paciente** | 36,537 | 36,537 | 0 |

RC 1049664948 JUAN DE DIOS MIA ISABELLA **Tipo Usuario:** Particular

| Orden | Fecha | Código | Nº Mipres | CUM | Ent. Mipres | AUTORI. | Descripción | Cant. | Vl.Unit | Vl.Total | Copago | Saldo |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 265481 | /11/2025 | 937000 | | | | | Terapia fonoaudiológica integral SOD | 1.00 | 36,537.00 | 36,537 | 36,537 | 0 |
| | | | | | | | | | **Total Paciente** | 36,537 | 36,537 | 0 |

**OBSERVACIONES:**

**Valor en letras:** CERO PESOS MCTE

| | |
|---|---|
| **TOTAL CARGOS** | 73,074 |
| **DESCUENTO** | 0 |
| **TOTAL COPAGOS O CUOTAS MODERADORAS** | 73,074 |
| **SALDO ADMINISTRADORA** | 0 |

## E.S.E. CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE BOYACA



NIT: 891800982-3

Dirección: Kilómetro 1 Vía a Soracá

CALL CENTER 3176548208

Tunja

Cod. IPS:

Facturación Electrónica, según resolución de la DIAN No. 18764100191861 con vigencia del 16-10-2025 al 16-10-2027. Numeración habilitada del 348122 al 500000 y prefijo ESEC

**FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No.** **ESEC-351587**

| | | |
|---|---|---|
| Fecha Factura: | 28/11/2025 | |
| Fecha Vencimiento: | 28/11/2025 | |
| Fecha Validación DIAN: | 28/11/2025 | 09:50:00 |
| Fecha Inicial: | 28/11/2025 | |
| Fecha Final: | 28/11/2025 | |

**Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.**

**CUFE:** 69a93da89ef849bbe35f0444b08131f0abf473c1dbbfdb412c09221ad21cf54c03 fdc861499ac699212a8dacb2810b62

Elaborado por: ANDREA GABRIELA JEREZ CIPAMOCHA



| | | | |
|---|---|---|---|
| **Administradora:** | JUAN DE DIOS MIA ISABELLA | | |
| **Nit:** | 1049664948 | **Forma pago:** | Contado |
| **Convenio:** | PARTICULARES - | | |
| **Fecha Convenio:** | 01/01/2012 A 01/01/2050 | **Medio pago:** | Instrumento no definido |
| **Contratacion:** | Pago por evento | **Plan Beneficio:** | Particular |

RC 1049664948 JUAN DE DIOS MIA ISABELLA **Tipo Usuario:** Particular

| Orden | Fecha | Código | Nº Mipres | CUM | Ent. Mipres | AUTORI. | Descripción | Cant. | Vl.Unit | Vl.Total | Copago | Saldo |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 267302 | /11/2025 | 937000 | | | | | Terapia fonoaudiológica integral SOD | 1.00 | 36,537.00 | 36,537 | 36,537 | 0 |
| | | | | | | | | | **Total Paciente** | 36,537 | 36,537 | 0 |

RC 1049664948 JUAN DE DIOS MIA ISABELLA **Tipo Usuario:** Particular

| Orden | Fecha | Código | Nº Mipres | CUM | Ent. Mipres | AUTORI. | Descripción | Cant. | Vl.Unit | Vl.Total | Copago | Saldo |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 267302 | /11/2025 | 937000 | | | | | Terapia fonoaudiológica integral SOD | 1.00 | 36,537.00 | 36,537 | 36,537 | 0 |
| | | | | | | | | | **Total Paciente** | 36,537 | 36,537 | 0 |

**OBSERVACIONES:**

**Valor en letras:** CERO PESOS MCTE

| | |
|---|---|
| **TOTAL CARGOS** | 73,074 |
| **DESCUENTO** | 0 |
| **TOTAL COPAGOS O CUOTAS MODERADORAS** | 73,074 |
| **SALDO ADMINISTRADORA** | 0 |

| Corporación Infancia y Desarrollo | SOLICITUD DE ANTICIPOS A PROYECTOS | FO-GF-02-01-03<br>FUMD: 06/08/2018 |
|---|---|---|

| | |
|---|---|
| *CIUDAD Y FECHA:* | *Tunja 04 de noviembre de 2025* |
| *PROYECTO:* | *Hogares sustitutos contrato de aporte 15004032025* |
| *NOMBRE Y APELLIDOS DEL SOLICITANTE:* | *NURY JULIETH BOLIVAR NIETO* |
| *RUT No:* | *CC: 40049856* |
| *DIRECCIÓN – CIUDAD:* | *TUNJA, MANZANA 33 CASA12 COOSERVICIOS* |
| *TELÉFONO:* | *3102551688* |
| *RAZON / JUSTIFICACIÓN DEL ANTICIPO:* | *Anticipo para 04 citas de fonoaudiología en el CRIP, para la beneficiaria MIA ISABELLA JUAN DE DIOS, del mes de noviembre.*<br>*(rubro gastos de emergencia 2204)* |
| *MONTO SOLICITADO PARA ANTICIPO (números y letras)* | *146.148 (CIENTO CUARENTA Y SEIS MIL CIENTO CUARENTA Y OCHO)* |
| *CONSIGNAR EN LA CUENTA (Banco, número y tipo de cuenta – ahorros o corriente)* | *No. De Cuenta: 24095961938 Banco caja social. Tipo: Cuenta de ahorros.* |
| *FECHA DE LEGALIZACIÓN (fecha en la que usted se compromete a legalizar este anticipo-Teniendo en cuenta que debe ser legalizado dentro del mismo mes)* | *30 de noviembre de 2025* |

**TENGA EN CUENTA LO SIGUIENTE:**

- Todo anticipo debe solicitarse con mínimo tres (3) días hábiles de antelación a la fecha en que se requiere el desembolso.
- Toda factura o cuenta de cobro debe venir a nombre de la Corporación Infancia y Desarrollo, NIT: 830082544-7.
- Toda factura o cuenta de cobro debe venir sin enmendaduras ni tachones y con todos los campos diligenciados (fecha dentro del tiempo de solicitud y legalización del anticipo, beneficiario del pago, descripción detallada del bien o servicio adquirido valor en letras y números, firma). Adicionalmente para facturas la fecha de resolución de la DIAN debe ser menor a dos (2) años de su expedición.
- Tener en cuenta que el valor de anticipos para viaje es el siguiente:
  - ✓ Valor día sin hospedaje $90.000
  - ✓ Valor día con hospedaje $180.000

**Nota:** Asumo la responsabilidad sobre la justificación de los gastos de este anticipo, de manera ordenada y oportuna. En caso contrario, autorizo a la Corporación para que descuente el valor correspondiente de mi próximo pago mensual.

| Firma del solicitante | VoBo Dirección Financiera | VoBo Dirección Programática |
|---|---|---|
| CC: 40049856 | | |

CORPORACION INFANCIA Y DESARROLLO
NIT : 830,082,544 - 7
CALLE 24D N 40-29
3176460751 - 3185863257
BOGOTA - COLOMBIA

**HOGARES SUSTITUTOS 15004032025**

**L - 300 - 633**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Señores** | FONSECA GUECHA MARIA DORIS | | | **Fecha Comprobante** |
| **NIT** | 40,023,259 - 5 | **Teléfono** | 3103651525 | 2025-11-12 |
| **Dirección** | CALLE 19 13 01 | **Ciudad** | TUNJA - COLOMBIA | |

| Código | DescripcionLargaProducto | NIT | C.C | Detalle | Valor |
|---|---|---|---|---|---|
| 5195250300 | MARIA FONSECA-TIQ 755 GATSO EMERGENCIA | 40,023,259 | 257 - 7 | | 342.496,000 |
| 2335950200 | LEIDY GONZALEZ-GASTO EMERGENCIA NBOV | 1,095,788,337 | 257 - 1 | Comp:L-300-00000000633,VTO: 1,F.VTO:2025/11/12 | -342.496,000 |

**OBSERVACIONES**

Elaborado e Impreso por Sigo

Elaborado por

Aprobado por

| | REEMBOLSO DE GASTOS | FO-GF-03-07-03<br>FUMO: 17/01/2019 |
|---|---|---|

PROYECTO: HOGARES SUSTITUTOS CONTRATO DE APORTE 1500[illegible]2025

FECHA: 30/11/25

RESPONSABLE: MADRE SUSTITUTA: LEIDY JOHANA GONZALEZ RENOGA BENEFICIARIO: DYLAN MOISES MUNCELES MATTEY

| No. | FECHA | NIT/RUT | BENEFICIARIO | CONCEPTO | VALOR | RETENCION | VALOR NETO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 13/11/2025 | 40023259 | DYLAN MOISES MUNCELES MATTEY | SIMILAC 2 (1400GR) SEGÚN MANUAL OPERATIVO SOLO SE CUBRE EL 50% SE ANEXAN DOS FACTURAS | 342.496 | | 342.496 |
| 2 | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | TOTAL GASTOS | 342.496 | | 342.496 |

Johanna Gonzalez.

Nombre: LEIDY JOHANA GOZALEZ RENOGA
Cargo: MADRE SUSTITUTA

Aprobado: _____
Nombre:
Cargo: Directora Financiera

Bienvenido a

TUC TUC BABY

MARIA DORIS FONSECA GUECHA

NIT: 40023259-5

CALLE 19 # 13-01

Telefono :3103651525

sukasatunja@gmail.com

TUNJA

COMUN

Factura de Venta Electrónica:

**FED 17754**

Fecha 12-Nov-2025 Hora :18:52:23

**Vendedor:**DANIEL G

**Cliente:**JOHANNA GONZALEZ

**Identificación:** 1095788337

| Cant. | I.V.A. | Descripción | Valor |
|---|---|---|---|
| 7.0000 | / | BOLSA SIMILAC 2 X 350 GR | $342,496.0 |
| 7.000000 | | | |

**Detalle de Valores**

| | | |
|---|---|---|
| **Valor Bruto:** | | $342,496.0 |
| **Valor Descuento:** | | $0.0 |
| **Sub Total:** | | $342,496.0 |
| **I.V.A:** | | $0.0 |
| **Impoconsumo:** | | $0.0 |
| **I.C.O.:** | | $0.0 |
| **I.N.C.:** | b | $0.0 |
| **TOTAL A PAGAR:** | | $342,496.0 |

**Informacion Tributaria**

| % | Vr. Base | Valor Impuesto |
|---|---|---|
| EXENTO D | $342,496.00 | $0.00 |

**RECIBE:** $0.0

**CAMBIO:** $0.0

**Detalle de las Formas de Pago**

---EFECTIVO : $342,496.00

FACTURACIÓN ELECTRONICA AUTORIZACIÓN DIAN Nro.18764083153234 Fecha 2024/11/09 Fact. Impresa el 12-Nov-2025 18:52:34 Num. Autorizada del FED 5001 al FED 100000 Prefijo: FED Vigencia de 24 meses hasta el 2026/11/09

Gracias por su compra, en caso de estipulacion en contrario todos los productos de la tienda tienen una garantia de cinco (5) dias calendario contados a partir de de la fecha de compra. es indispensable presentar esta factura para hacerla efectiva

**Software : www.conexionpos.com**

CUFE

d1d3cb36cc3839b9dac6fa9563a1bc2213ff61b0bc73e2f71f32a2bd df4d38a13d9a546ab4f82677c8a77724e259fda

PROVEEDOR TECNOLOGICO DATAICO S A S

901 223 645



Bienvenido a

TUC TUC BABY

MARIA DORIS FONSECA GUECHA

NIT: 40023259-5

CALLE 19 # 13-01

Telefono :3103651525

sukasatunja@gmail.com

TUNJA

COMUN

Factura de Venta Electrónica:

FED 17755

Fecha 12-Nov-2025 Hora :18:53:53

**Vendedor:**DANIEL G

**Cliente:**CORPORACION INFANCIA Y DESAROLLO

**Identificación:** 830082544

| Cant. | I.V.A. | Descripción | Valor |
|---|---|---|---|
| 7.0000 | / | BOLSA SIMILAC 2 X 350 GR | $342,496.0 |
| 7.000000 | | | |

**Detalle de Valores**

| | | |
|---|---|---|
| **Valor Bruto:** | | $342,496.0 |
| **Valor Descuento:** | | $0.0 |
| **Sub Total:** | | $342,496.0 |
| **I.V.A:** | | $0.0 |
| **Impoconsumo:** | | $0.0 |
| **I.C.O.:** | | $0.0 |
| **I.N.C.:** | b | $0.0 |
| **TOTAL A PAGAR:** | | $342,496.0 |

**Informacion Tributaria**

| % | Vr. Base | Valor Impuesto |
|---|---|---|
| EXENTO D | $342,496.00 | $0.00 |

**RECIBE:** $0.0

**CAMBIO:** $0.0

**Detalle de las Formas de Pago**

---EFECTIVO : $342,496.00

FACTURACIÓN ELECTRONICA AUTORIZACIÓN DIAN Nro.18764083153234 Fecha 2024/11/09 Fact. Impresa el 12-Nov-2025 18:54:01 Num. Autorizada del FED 5001 al FED 100000 Prefijo: FED Vigencia de 24 meses hasta el 2026/11/09

Gracias por su compra, en caso de estipulacion en contrario todos los productos de la tienda tienen una garantia de cinco (5) dias calendario contados a partir de de la fecha de compra. es indispensable presentar esta factura para hacerla efectiva

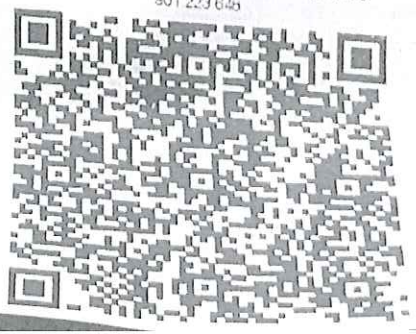
**Software : www.conexionpos.com**

CUFE

63f44321f66fe91cae25a4babc833c8a7fe3a83949e064d47911b939 ca475b6cd1900b4eb51c29df13c844d0135561da6

PROVEEDOR TECNOLOGICO DATAICO S A S

901 223 645



CORPORACION INFANCIA Y DESARROLLO
NIT : 830,082,544 - 7
CALLE 24D N 40-29
3176460751 - 3185863257
BOGOTA - COLOMBIA

**HOGARES SUSTITUTOS 15004032025**

**L - 300 - 652**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Señores** | FONSECA GUECHA MARIA DORIS | | | **Fecha Comprobante** |
| **NIT** | 40,023,259 - 5 | **Teléfono** | 3103651525 | 2025-11-25 |
| **Dirección** | CALLE 19 13 01 | **Ciudad** | TUNJA - COLOMBIA | |

| Código | DescripcionLargaProducto | NIT | C.C | Detalle | Valor |
|---|---|---|---|---|---|
| 5195250300 | MARIA FONSECA-TIQ 326 GASTO EMERGENCIA NOV | 40,023,259 | 257 - 7 | | 52.000,000 |
| 2335950200 | AMELIA VARGAS-GASTO EMERGENCIA NOV | 1,117,495,974 | 257 - 1 | Comp:L-300-00000000652,VTO: 1,F.VTO:2025/11/25 | -52.000,000 |

**OBSERVACIONES**

Elaborado e Impreso por Sigo

Elaborado por

Aprobado por

| Corporación Infancia y Desarrollo | REEMBOLSO DE GASTOS | FO-GF-03-07-03<br>FUMD: 17/01/2019 |
|---|---|---|

PROYECTO: HOGARES SUSTITUTOS CONTRATO DE APORTE 1500403 2025

FECHA: 30/11/25

RESPONSABLE: MADRE SUSTITUTA: AMELIA VARGAS CARDOZO BENEFICIARIO: HIJO DE ZHARICK ELIANA AGUIRRE AVILA

| No. | FECHA | NIT/RUT | BENEFICIARIO | CONCEPTO | VALOR | RETENCION | VALOR NETO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 13/11/2025 | 40023259 | HIJO DE ZHARICK ELIANA AGUIRRE AVILA | SIMILAC 1 (350GR) SEGÚN MANUAL OPERATIVO SOLO SE CUBRE EL 50% SE ANEXAN DOS FACTURAS | 52.000 | | 52.000 |
| 2 | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | TOTAL GASTOS | 52.000 | | 52.000 |

Nombre: AMELIA VARGAS CARDOZO
Cargo: MADRE SUSTITUTA

Aprobado: _____
Nombre:
Cargo: Directora Financiera

Bienvenido a

TUC TUC BABY

MARIA DORIS FONSECA GUECHA

NIT: 40023259-5

CALLE 19 # 13-01

Telefono :3103651525

sukasatunja@gmail.com

TUNJA

COMUN

**Factura de Venta Electrónica:**

**FED 18328**

Fecha 25-Nov-2025 Hora :17:12:46

**Vendedor:**DANIEL G

**Cliente:**CORPORACION INFANCIA Y DESAROLLO

**Identificación:** 830082544

| Cant. | I.V.A. | Descripción | Valor |
|---|---|---|---|
| 2.0000 | @ | BOLSA SIMILAC 1 X 350 GR | $104,000.0 |
| 1.0000 | @ | COLONIA ARRURRU X 60 ML | $14,000.0 |
| 3.000000 | | | |

**Detalle de Valores**

| | | |
|---|---|---|
| **Valor Bruto:** | | **$99,159.6** |
| **Valor Descuento:** | | **$0.0** |
| **Sub Total:** | | **$99,159.6** |
| **I.V.A:** | | **$18,840.3** |
| **Impoconsumo:** | | $0.0 |
| **I.C.O.:** | | **$0.0** |
| **I.N.C.:** | b | **$0.0** |
| **TOTAL A PAGAR:** | | **$118,000.0** |

**Informacion Tributaria**

| % | Vr. Base | Valor Impuesto |
|---|---|---|
| 19.00% @ | $99,160 | $18,840 |

**RECIBE:** **$0.0**

**CAMBIO:** **$0.0**

**Detalle de las Formas de Pago**

--- TRS BANCOLOMBIA : $118,000

FACTURACIÓN ELECTRONICA AUTORIZACIÓN DIAN Nro.18764083153234 Fecha 2024/11/09 Fact. Impresa el 26-Nov-2025 17:12:54 Autoriza FED 5001 - FED 100000 Prefijo: FED Vigencia de 24 meses a 2026/11/09 Gracias por su compra, en caso de estipulacion en contrario todos los productos de la tienda tienen una garantia de cinco (5) dias calendario contados a partir de de la fecha de compra. es indispensable presentar esta factura para hacerla efectiva

DESKTOP-A2H13B2

**Software : www.conexionpos.com**

CUFE

1470911d174e00e0d0de9965c696fddc1054c0642c4a3f9aa4e0357
4f6fe3169f0d7673aee5c0a9aaa0e9a61e207a9

PROVEEDOR TECNOLOGICO DATAICO S A S

901221640

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 | 2025/12/08 | 2025/12/12 |

| Estado |
|---|

**Detalle**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Beneficiario/Cliente a Debitar** | Amelia Vargas Cardozo | **No. Producto** | 201262912 |
| **No. Identificación** | 1117495974 | **Entidad Financiera** | BANCO DE BOGOTA |
| **Tipo Producto Origen** | Cuenta Ahorros | **No. Comprobante** | 1614 |
| **No. Producto Origen/Recaudador** | 251847976 | **Forma de pago** | |
| **Fecha Pago/Débito** | 2025/12/10 | **Aviso al beneficiario** | N |
| **Fecha Transacción** | 2025/12/10 | **Estado de Aviso** | |
| **Valor Transacción** | $52,000.00 | **Fecha de Aviso** | |
| **Comisión** | - | **Medio Utilizado** | - |
| **IVA** | - | **No. Transacción** | 251F0422534400S0 |
| **Estado** | EXT | **Información** | Gastos de Emer Nov 2025 |
| **Descripción de Estado** | Exitoso | **Fecha Cobro** | 2025/12/10 |
| **Causal de Rechazo** | - | **No. Factura** | - |
| **No. Control** | OYJ004LQFU | **Oficina Pago** | - |
| **Tipo Producto Destino** | Cuenta Ahorros | **Usuario Creador** | MIGUEL ANGEL YAGAMA VALENCIA |

CORPORACION INFANCIA Y DESARROLLO
NIT : 830,082,544 - 7
CALLE 24D N 40-29
3176460751 - 3185863257
BOGOTA - COLOMBIA

**HOGARES SUSTITUTOS 15004032025**

**L - 300 - 632**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Señores** | RODRIGUEZ RIVERA PAOLA LIZETH | | |
| **NIT** | 1,049,621,695 - 2 | **Teléfono** | 3108858328 |
| **Dirección** | CR 1F 40 195 | **Ciudad** | TUNJA - COLOMBIA |

**Fecha Comprobante**

2025-11-22

| Código | DescripcionLargaProducto | NIT | C.C | Detalle | Valor |
|---|---|---|---|---|---|
| 5195956100 | PAOLA RODRIGUEZ-FAC 2030 GASTO EMERGENCIA NOV | 1,049,621,695 | 257 - 7 | | 70.000,000 |
| 2335950200 | ARACELI RUIZ-GASTO EMERGENCIA NOV | 33,367,845 | 257 - 1 | Comp:L-300-00000000632,VTO: 1,F.VTO:2025/11/22 | -70.000,000 |

**OBSERVACIONES**

Elaborado e Impreso por Sigo

Elaborado por

Aprobado por

| Corporación Infancia y Desarrollo | REEMBOLSO DE GASTOS | FO-GF-03-07-03<br>FUMD: 17/01/2019 |
|---|---|---|

**PROYECTO:** HOGARES SUSTITUTOS CONTRATO DE APORTE 15004032025

**FECHA:** 30/11/25

**RESPONSABLE:** MADRE SUSTITUTA/ ARACELI EMILCE RUIZ CASTELLANOS BENEFICIARIO: MARIA FERNANDA LOPEZ NEISA

| No. | FECHA | NIT/RUT | BENEFICIARIO | CONCEPTO | VALOR | RETENCION | VALOR NETO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 22/11/2025 | 8300825447 | MARIA FERNANDA LOPEZ NEISA | GASTOS DE EMERGENCIA- ORTODONCIA | 70.000 | | 70.000 |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | TOTAL GASTOS | 70.000 | | 70.000 |

Araceli E. Ruiz Cas

Nombre: ARACELI EMILCE RUIZ CASTELLANOS
Cargo: MADRESUSTITUTA

Aprobado: _____
Nombre:
Cargo: Directora Financiera

PAOLA LIZETH RODRIGUEZ RIVERA
NIT 1.049.621.695-2
CR 1F 40 195 OF 420 ENTERPRISE TOWERS
Tel: (038) 3108858328
Tunja - Colombia
pao15rr@gmail.com

Factura electrónica de venta
**No. 2030**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Señores** | Corporacion Infancia Y desarrollo | | |
| **NIT** | 8.308.025.447-1 | **Teléfono** | (608) 6015202215 - Ext. 000 |
| **Dirección** | calle 2 D # 40-29 | **Ciudad** | Bogotá - Colombia |

| Fecha y hora Factura | |
|---|---|
| **Generación** | 22/11/2025, 14:17 |
| **Expedición** | 22/11/2025, 14:17 |
| **Vencimiento** | 22/11/2025 |

| Ítem | Descripción | Cantidad | Vr. Unitario | Vr. Total |
|---|---|---|---|---|
| 1 | Control Ortodoncia ( Maria Fernanda Lopez Neisa) | 1.00 | 70,000.00 | 70,000.00 |

**Total items:** 1

| | |
|---|---|
| **Total Bruto** | 70,000.00 |
| **Total a Pagar** | 70,000.00 |

**Valor en Letras:**
Setenta mil pesos m/cte

**Forma de pago:**
Contado

**Medio de pago:**
Desembolso Crédito plus (CCD+) - Transferencia $ 70,000.00

**Observaciones:**

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. **Número Autorización Electrónica 18764090180301 aprobado en 20250308 prefijo desde el número 1501 al 2500 Vigencia: 24 Meses**
No responsable de IVA - Actividad Económica 8622 Actividades de la práctica odontológica Tarifa
**CUFE:** 1e214fe18d110043cefd82ecb08e099cfe166aae878a2676f2d9bf8685bfae7939bc79acf9ded30d83b733d05f96ce7c

Fabricante Software y Proveedor tecnológico: Siigo SAS - Nit 830.048.145-8. Nombre Software: Siigo Nube. Firma electrónica: ver en el XML

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 | 2025/12/08 | 2025/12/12 |

| Estado |
|---|

**Detalle**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Beneficiario/Cliente a Debitar** | Araceli Emilse Ruiz Castellano | **No. Producto** | 24125815138 |
| **No. Identificación** | 33367845 | **Entidad Financiera** | BANCO CAJA SOCIAL |
| **Tipo Producto Origen** | Cuenta Ahorros | **No. Comprobante** | 1609 |
| **No. Producto Origen/Recaudador** | 251847976 | **Forma de pago** | |
| **Fecha Pago/Débito** | 2025/12/10 | **Aviso al beneficiario** | N |
| **Fecha Transacción** | 2025/12/10 | **Estado de Aviso** | |
| **Valor Transacción** | $70,000.00 | **Fecha de Aviso** | |
| **Comisión** | 0 | **Medio Utilizado** | - |
| **IVA** | 0 | **No. Transacción** | 251A3212534400T7 |
| **Estado** | EXT | **Información** | Gastos de Emer Nov 2025 |
| **Descripción de Estado** | Exitoso | **Fecha Cobro** | 2025/12/10 |
| **Causal de Rechazo** | - | **No. Factura** | - |
| **No. Control** | OYJ004LQFU | **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 - 34264**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Señores** | VARGAS SALINAS DANIEL SANTIAGO | | |
| **NIT** | 1.049.627.532-8 | | |
| **Dirección** | CALLE 15 13A 81 | | |
| **Teléfono** | 3112207617 | | |
| **Ciudad** | TUNJA - COLOMBIA | **Factura Proveedor** | -0 |

| Fecha Comprobante | Fecha Vencimiento |
|---|---|
| 2025-11-30 | 2025-11-30 |

| Código | Descripción | Unid | Cant | V. Unit | Valor Total |
|---|---|---|---|---|---|
| 5195450200 | DANIEL VARGAS- TRANSP BENEF TUNJA NOV | | 0 | .00 | 2,100,000.00 |

| | |
|---|---|
| **Total Bruto** | 2,100,000.00 |
| **Total a Pagar** | **$ 2.100.000,00** |

**CONDICION DE PAGO**

| | | |
|---|---|---|
| Transporte Pasajeros | 73.500,00 | |
| Cuenta Por Pagar | 2.026.500,00 | Cuota 3 P - 003- 34264 Vence el 2025-11-30 |

**VALOR EN LETRAS**

Dos Millones Cien 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 :b740948d2574ab33ee60b5a0915d222cf3f5a5348b83d7eb05a5f17fb28f94ce165d0cb4d291be48e49717fc3b208e94

**CUENTA DE COBRO**

**CORPORACION INFANCIA Y DESARROLLO**
**NIT 830.082.544-7**

**PROYECTO**

**CONTRATO DE APORTE No. 15004032025 - HOGARES SUSTITUTOS**

**D E B E A:**

**DANIEL SANTIAGO VARGAS SALINAS**
**NIT:**
**1.049.627.532**

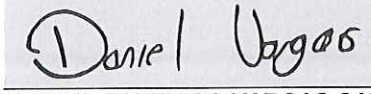
La Suma de: **$ 2.100.000** **DOS MILLONES CIEN MIL PESOS**

**Por concepto de**

Servicio de transporte ida y regreso desde Tunja a duitama el día 6, Tunja a Sogamoso el dia 6 y de Tunja a Bogota 8, 13 y 26 de noviembre de 2025, así: el 6 con la madre sustituta Elizabeth Hernandez Patiño y la beneficiaria Laura Eliani Cantor Molina, ese mismo dia con la madre sustotuta Fernanda Carolina Rojas y el beneficiario Martin Alejandro Castro; el 8 con la madre sustituta Angelica Maria Villamil y la beneficiaria Slendy Yakeline Alvarez Vargaz; el 13 con la madre sustituta Claudia Lilia Pirateque y la beneficiaria Luz Ardila Archila Cruz; el 26 con la madre sustituta Flor Maria Ricon Arias y el benficiario Pablo Enrrique Torres Bonilla , en el marco del proyecto Hogares Sustitutos, Contrato No. 15004032025.

| | |
|---|---|
| **Fecha:** | 30/11/2025 |
| **Banco** | BANCOLOMBIA |
| **Tipo de cuenta** | CUENTA DE AHORROS |
| **No cuenta** | 25863269884 |

**Atentamente**



**DANIEL SANTIAGO VARGAS SALINAS**
**1049627532**

| | |
|---|---|
| **Ciudad / Municipio** | Tunja |
| **Direccion** | CALLE 15 # 13 a 81 |
| **E - mail** | danielsantiago10@hotamil.com |
| **Cel o Tel** | 3112207617 |

| Corporación Infancia y Desarrollo | *DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA FACTURA*<br>*CONTRATO DE APORTE No. 15004032025 - HOGARES SUSTITUTOS* | | | *FO-GF-02-02-05*<br>*FUMD: 25/10/2022* |
|---|---|---|---|---|
| NOMBRE Y APELLIDOS | DANIEL SANTIAGO VARGAS SALINAS | | | DOC. EQUIVALENTE A LA FACTURA No. |
| 1.049.627.532 | DIRECCION | CIUDAD O DPTO | CEL O TEL | FECHA DE ELABORACIÓN |
| | CALLE 15 # 13 a 81 | Tunja | 3112207617 | 30/11/2025 |
| CANTIDAD | CONCEPTO | | | VALOR |
| | **Servicio de Movilizaciones Terrestres**<br>Servicio de transporte ida y regreso desde Tunja a duitama el día 6, Tunja a Sogamoso el dia 6 y de Tunja a Bogota 8, 13 y 26 de noviembre de 2025, así: el 6 con la madre sustituta Elizabeth Hernandez Patiño y la beneficiaria Laura Eliani Cantor Molina, ese mismo dia con la madre sustotuta Fernanda Carolina Rojas y el beneficiario Martin Alejandro Castro; el 8 con la madre sustituta Angelica Maria Villamil y la beneficiaria Slendy Yakeline Alvarez Vargaz; el 13 con la madre sustituta Claudia Lilia Pirateque y la beneficiaria Luz Ardila Archila Cruz; el 26 con la madre sustituta Flor Maria Ricon Arias y el benficiario Pablo Enrrique Torres Bonilla , en el marco del proyecto Hogares Sustitutos, Contrato No. 15004032025. | | | **$ 2.100.000** |

| | | |
|---|---|---|
| **DOS MILLONES VEINTISEIS MIL QUINIENTOS PESOS** | Subtotal | $ 2.100.000 |
| | Rete Fuente | $ 73.500 |
| | Rete Ica | $ 0 |
| | **Total a Pagar** | **$ 2.026.500** |

| | NOMBRE Bco. | TIPO CUENTA | CUENTA No. | |
|---|---|---|---|---|
| POR FAVOR | BANCOLOMBIA | AHORROS | | 25863269884 |
| | ACEPTO: | Daniel Vargas | | |

Corporación Infancia y Desarrollo
Nit: 830025544-7

# PLANILLA DE TRANSPORTE OCASIONAL CID

| FECHA | HORA | | CIUDAD | | NOMBRE | | VALOR COBRADO | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | HORA SALIDA | HORA LLEGADA | SALIDA | DESTINO | PADRE/MADRE SUSTITUTA | BENEFICIARIO/A | | |
| 6/11/25 | 5:00 a.m. | 2:00 p.m. | TUNJA | SOGAMOSO | ELIZABETH HERNADEZ PATIÑ | LAURA ELIANI CANTOR | $ 360.000 | |
| 6/11/25 | 2:00 p.m. | 9:00 p.m. | TUNJA | DUITAMA | FERNANDA CAROLINA ROJAS | MARTIN ALEJANDRO CASTRO | $ 300.000 | |
| 8/11/25 | 11:00 a.m. | 9:00 p.m. | TUNJA | BOGOTÁ | ANGELICA MARIA VILLAMIL | Sllendy Yakelinne Alvarez Va | $ 480.000 | |
| 13/11/25 | 2:00 p.m. | 9:00 p.m. | TUNJA | BOGOTÁ | CLAUDIA PIRATEQUE | LUZ DARY ARCHILA | $ 480.000 | |
| 26/11/25 | 4:00 p.m. | 9:00 p.m. | TUNJA | BOGOTÁ | Flor María Rincón | Pablo Enrique Torres Bon | $ 480.000 | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

TOTAL $ 2.100.000

# Certificación Bancaria

Jueves, 03 de abril de 2025

A quien pueda interesar

Bancolombia S.A. se permite informar que DANIEL SANTIAGO VARGAS SALINAS identificado(a) con CC 1049627532, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

| Producto | No. Producto | Fecha Apertura aaaa-mm-dd | Estado | Saldo |
|---|---|---|---|---|
| Cuenta Ahorros / A la mano | 25863269884 | 2016-07-29 | ACTIVO | ***** |

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

Catalina Cortés Uribe
Gerente Servicios Contact Center & BPO

Bancolombia

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.049.627.532

VARGAS SALINAS

APELLIDOS

DANIEL SANTIAGO

NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 20-NOV-1991

TUNJA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.82 A+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO

20-NOV-2009 TUNJA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

0021474525A 1 27751379

# REPÚBLICA DE COLOMBIA

## MINISTERIO DE TRANSPORTE

Libertad y Orden

## LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10033093172

| PLACA | MARCA | LÍNEA | MODELO |
|---|---|---|---|
| LQM365 | RAM | 700 | 2024 |

| CILINDRADA CC | COLOR | SERVICIO |
|---|---|---|
| 1.368 | GRIS SILVERSTONE | PARTICULAR |

| CLASE DE VEHÍCULO | TIPO CARROCERÍA | COMBUSTIBLE | CAPACIDAD Kg |
|---|---|---|---|
| CAMIONETA | DOBLE CABINA | GASOLINA | 390 - 5 |

| NÚMERO DE MOTOR | REG | VIN |
|---|---|---|
| [illegible] | N | 9BD281F66RYY55513 |

| NÚMERO DE SERIE | REG | NÚMERO DE CHASIS |
|---|---|---|
| [illegible] | N | 9BD281F66RYY55513 |

| PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) | IDENTIFICACIÓN |
|---|---|
| VARGAS SALINAS DANIEL SANTIAGO | C.C. 1049627532 |

Scan
CS Car

# REPÚBLICA DE COLOMBIA

## MINISTERIO DE TRANSPORTE

## LICENCIA DE CONDUCCIÓN

Libertad y Orden

**No. 1049627532**

APELLIDOS

**DANIEL SANTIAGO VARGAS SALINAS**

FECHA DE NACIMIENTO

**20-11-1991**

GRUPO SANGRE-RH

**A+**

FECHA DE EXPEDICION

**06-08-2015**

RESTRICCIONES DEL CONDUCTOR

**CONDUCIR CON LENTES**

ORGANISMO DE TRANSITO EXPEDIDOR

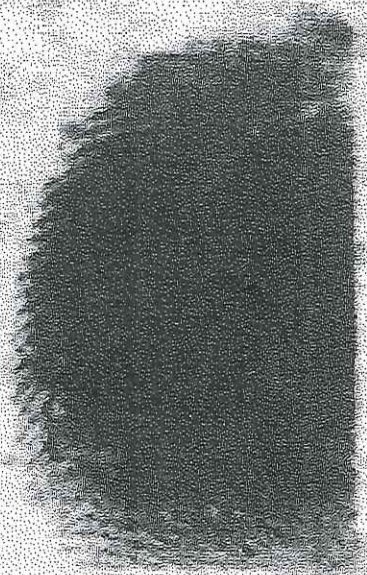
**STRIA DE TTO y TTE TUNJA**



Scanned with CamScanner

## CATEGORIAS AUTORIZADAS

| CATEGORIA | CLASE DE VEHÍCULO | VIGENCIA | SERVICIO |
|---|---|---|---|
| B1 | [illegible] | 26-06-2026 | PARTICULAR |
| C1 | [illegible] | 26-06-2016 | PUBLICO |



ESTA LICENCIA ES VALIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

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 | 2025/12/08 | 2025/12/12 |

| 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** | 1616 |
| **No. Producto Origen/Recaudador** | 251847976 | **Forma de pago** | |
| **Fecha Pago/Débito** | 2025/12/10 | **Aviso al beneficiario** | N |
| **Fecha Transacción** | 2025/12/10 | **Estado de Aviso** | |
| **Valor Transacción** | $2,026,500.00 | **Fecha de Aviso** | |
| **Comisión** | 0 | **Medio Utilizado** | - |
| **IVA** | 0 | **No. Transacción** | 251A3212534400TD |
| **Estado** | EXT | **Información** | Acompañamiento Hospi |
| **Descripción de Estado** | Exitoso | **Fecha Cobro** | 2025/12/10 |
| **Causal de Rechazo** | - | **No. Factura** | - |
| **No. Control** | OYJ004LQFU | **Oficina Pago** | - |
| **Tipo Producto Destino** | Cuenta Ahorros | **Usuario Creador** | MIGUEL ANGEL YAGAMA VALENCIA |

CORPORACION INFANCIA Y DESARROLLO
NIT : 830,082,544 - 7
CALLE 24D N 40-29
3176460751 - 3185863257
BOGOTA - COLOMBIA

**HOGARES SUSTITUTOS 15004032025**

**L - 300 - 606**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Señores** | SYM BEST SAS | | |
| **NIT** | 901,812,683 - 3 | **Teléfono** | 3102134498 |
| **Dirección** | CALLE 47 3 87 ESTE | **Ciudad** | TUNJA - COLOMBIA |

**Fecha Comprobante**

2025-11-13

| Código | DescripcionLargaProducto | NIT | C.C | Detalle | Valor |
|---|---|---|---|---|---|
| 5195250300 | SYM BEST-FAC-117 GASTO EMERGENCIA NOV | 901,812,683 | 257 - 7 | | 171.428,000 |
| 5195109902 | SYM BEST-FAC-117 GASTO EMERGENCIA NOV | 901,812,683 | 257 - 7 | Base: 171,428.00 | 32.571,000 |
| 2365400400 | SYM BEST-FAC-117 GASTO EMERGENCIA NOV | 901,812,683 | 257 - 1 | Base: 171,428.00 | -4.286,000 |
| 2335950200 | SYM BEST-FAC-117 GASTO EMERGENCIA NOV | 901,812,683 | 257 - 1 | Comp:L-300-00000000606,VTO: 4,F.VTO:2025/11/13 | -199.713,000 |

**OBSERVACIONES**

Elaborado e impreso por Siigo

Elaborado por

Aprobado por

DIAN

# FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

DIAN

## Representación Gráfica

### Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :
26dd0e10bc29be201b0d86ec5e102a06d7e1d3afb1c833a391ee77321d88571d7b547a95e4249dd42ea954716be18c7e

Número de Factura: FE-117
Fecha de Emisión: 13/11/2025
Fecha de Vencimiento: 13/11/2025
Tipo de Operación: 10 - Estándar

Forma de pago: Contado
Medio de Pago: Transferencia Débito
Orden de pedido:
Fecha de orden de pedido:

### Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: SYM BEST S.A.S.
Nombre Comercial: SYM BEST S.A.S.
Nit del Emisor: 901812683
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica
Régimen Fiscal:O-23
Responsabilidad tributaria: 01 - IVA
Actividad Económica: 4771

País: Colombia
Departamento: Boyacá
Municipio / Ciudad: Tunja
Dirección: CALLE 47 3 87 ESTE
Teléfono / Móvil: 3102134498
Correo: SYMBESTSAS@GMAIL.COM

### Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: CORPORACION INFANCIA Y DESARROLLO
Tipo de Documento: NIT
Número Documento: 830082544
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica
Régimen fiscal: R-99-PN
Responsabilidad tributaria: 01 - IVA

País: Colombia
Departamento: Bogotá
Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.
Dirección: CL 24 D 40 29
Teléfono / Móvil: 5202215
Correo: direccionfinanciera@cid.org.co

### Detalles de Productos

| | | | | | | | | IMPUESTOS | | | | Precio unitario de venta |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nro. | Código | Descripción | U/M | Cantidad | Precio unitario | Descuento detalle | Recargo detalle | IVA | % | INC | % | |
| 1 | 126 | Pañales paquete x30 unidades marca Winny Etapa 4 | NIU | 4,00 | $ 42.857,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 32.571,32 | 19.00 | | | $ 171.428,00 |

### Notas Finales

Sexo Maculino, Con Discapacidad, Edad: 1año 7 meses. ( Rubro Gastos de emergencia 2204 ) Beneficiario: Erik Damian Malogon Robles Madre sustituta: Yoldi Tatiana Vargas Cardozo
Linea de negocio:

## Datos Totales

**Documento generado el:**
13/11/2025 14:38:04
**Documento validado por la DIAN:**
13/11/2025 14:38:04
**XML Generado por: Solución Gratuita DIAN**
800197268
**PDF Generado por: Solución Gratuita DIAN**
**Nit:800197268**

| | |
|---|---|
| MONEDA | COP |
| TASA DE CAMBIO | 0 |

| | | |
|---|---|---|
| **Subtotal** | | 171428 |
| Descuento detalle | | 0,00 |
| Recargo detalle | | 0,00 |
| **Total Bruto Factura** | | 171428 |
| IVA | | 32571.32 |
| INC | | 0,00 |
| Bolsas | | 0,00 |
| Otros impuestos | | 0 |
| **Total impuesto (=)** | | 32571.32 |
| **Total neto factura (=)** | | 203999.32 |
| Descuento Global (-) | | 0,00 |
| Recargo Global (+) | | 0,00 |
| **Total factura (=)** | **COP $** | $ 203999.32 |

**Valores informativos**

| | |
|---|---|
| **ANTICIPOS** | |
| Anticipos | 0 |

| | |
|---|---|
| **RETENCIONES** | |
| Rete fuente | 0,00 |
| Rete IVA | 0,00 |
| Rete ICA | 0,00 |

| | |
|---|---|
| MONEDA | COP |
| TASA DE CAMBIO | |

| | | |
|---|---|---|
| **Subtotal** | | 171.428,00 |
| Descuento detalle | | 0,00 |
| Recargo detalle | | 0,00 |
| **Total Bruto Factura** | | 171.428,00 |
| IVA | | 32.571,32 |
| INC | | 0,00 |
| Bolsas | | 0,00 |
| Otros impuestos | | 0,00 |
| **Total impuesto (=)** | | 32.571,32 |
| **Total neto factura (=)** | | 203.999,32 |
| Descuento Global (-) | | 0,00 |
| Recargo Global (+) | | 0,00 |
| **Total factura (=)** | **COP $** | $ 203.999,32 |

**Valores informativos**

| | |
|---|---|
| **ANTICIPOS** | |
| Anticipos | 0,00 |

| | |
|---|---|
| **RETENCIONES** | |
| Rete fuente | 0,00 |
| Rete IVA | 0,00 |
| Rete ICA | 0,00 |

Numero de Autorización: 18764082661269 Rango desde: 1 Rango hasta: 200 Vigencia: 2026-10-31

| Corporación Infancia y Desarrollo NIT: 900082544-7 | **REQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS** | *FO-ABYS-01-02-02* |
|---|---|---|
| | | *FUMD: 15/09/2016* |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **FECHA SOLICITUD** | 7/11/2025 | **SOLICITANTE** | EDWIN JEOVANNY CUERVO CARO |
| **PROYECTO** | Hogares sustitutos | | |

| No. | DESCRIPCIÓN DEL ARTÍCULO / SERVICIO | UNIDAD MEDIDA | CANTIDAD REQUERIDA | FECHA REQUERIDA | LUGAR DE ENTREGA O PRESTACIÓN SERVICIO | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Pañales (PAQUETE POR 30 UNIDADES MARCA WINY) Etapa 4 | PAQUETES | 4 | 12/11/25 | Tunja- Unidades de servicio | Sexo Maculino, Con Discapacidad, Edad: 1año 7 meses. ( Rubro Gastos de emergencia 2204 ) Beneficiario: Erik Damian Malogon Robles Madre sustituta: Yoldi Tatiana Vargas Cardozo |

| VoBo DIRECCIÓN PROGRAMÁTICA/DIRECCION GENERAL | | VoBo. Direccion financiera |
|---|---|---|
|  | **APROBADA**<br>SI<br>NO |  |
| FIRMA | | FIRMA |

| Corporación Infancia y Desarrollo | ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS | FO-ABYS-01-03-03 |
|---|---|---|
| | ORDEN DE COMPRAS | FUMD: 12/06/2025 |

| Orden de Compra No | 0 | 3 | 8 | 2 |
|---|---|---|---|---|
| *Proyecto* ***HST_15004032025*** | | | | |

Bogotá, 13 noviembre de 2025

Señores
**SYM BEST S.A.S.**
**NIT 901812683**
Ciudad

Cordial saludo.

Una vez recibida y estudiada la cotización, se aprueba la compra de los productos abajo listados, de acuerdo con los precios ofrecidos por ustedes. Por esto, se solicita expedir la factura con los requisitos establecidos en el estatuto tributario y teniendo en cuenta los siguientes datos:

**Cliente: Corporación Infancia y Desarrollo**
**Nit: 830082544 – 7**
**Dirección: Calle 24D #40-29**
**Teléfonos: 320 4952964**
**Referencia Cotización: La enviada**

| GASTO DE EMERGENCIA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Niño/a** | | **Erik Damián Malogon Robles** | | | |
| **Madre Sustituta** | | **Yoldi Tatiana Vargas Cardozo** | | | |
| **Factura** | | **FE-117** | | | |
| **ITEM** | **PRODUCTO** | **CANT** | **VALOR ANTES IVA** | **VALOR IVA** | **VALOR TOTAL** |
| 1 | Pañales paquete x30 unidades marca Winny Etapa 4 | 4 | $ 42.857 | $ 8.143 | $ 203.999,32 |
| **TOTAL** | | | | | **$ 203.999,32** |

***Nota:*** *Este proveedor al momento de la aceptación se adhirió a la política institucional de Tolerancia Cero frente a la explotación y los abusos sexuales (PEAS), la cual hace parte integral de la negociación del servicio o compra adquirido.*

Agradezco su gentil colaboración.

Atentamente,

**Yaneth Triviño**
**Directora Financiera**

| | | |
|---|---|---|
| "Desarrollo social para construir y aportar al país" | **CORPORACIÓN INFANCIA Y DESARROLLO**<br>**HOGARES SUSTITUTOS**<br>**FORMATO ACTA DE ENTREGA DOTACIÓN**<br>**Elaborado por: Corporación Infancia y Desarrollo** | Corporación Infancia y Desarrollo |

## ACTA DE ENTREGA

Por medio de la presente, LA CORPORACIÓN INFANCIA Y DESARROLLO hace entrega de dotación a la señora YOLDI TATIANA VARGAS CARDOZO identificada con Cedula de Ciudadanía No. 1006503378 quien es Madre Sustituta del Centro Zonal de Tunja, los elementos entregados serán destinados para el Niño, Niña o Adolescente: ERIK DAMIAN MALAGON ROBLES SIM No: 16072924.

TIPO DE ACOMPAÑAMIENTO

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| DOTACION | | Dotación escolar | Útiles escolares | |
| | | | Uniformes | |
| | Dotación emergencia | | | X |

FECHA DE ENTREGA: 08/11/2025

DESCRIPCIÓN DE LOS ELEMENTOS ENTREGADOS

| DESCRIPCIÓN DEL ARTÍCULO / SERVICIO | UNIDAD MEDIDA | CANTIDAD REQUERIDA |
|---|---|---|
| Pañales (PAQUETE POR 30 UNIDADES MARCA WINY) Etapa 4 | UNIDAD | 4 |

Recibió a satisfacción SI_X__ NO___

Observación:

Entregado por:

NICOLÁS G. JUYA CALDERÓN
C.C: 1057436690
Rol: Auxiliar Administrativo

Recibido por:

YOLDI TATIANA VARGAS CARDOZO
C.C: 1006503378
Rol: Madre Sustituta

| Desarrollo social para construir y aportar al país | CORPORACIÓN INFANCIA Y DESARROLLO<br>HOGARES SUSTITUTOS<br>FORMATO ACTA DE ENTREGA DOTACIÓN<br>Elaborado por: Corporación Infancia y Desarrollo | Corporación Infancia y Desarrollo |
|---|---|---|



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 | 2025/11/20 | 2025/11/30 |

| Estado |
|---|

**Detalle**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Beneficiario/Cliente a Debitar** | Sym Best Sas | **No. Producto** | 176300049226 |
| **No. Identificación** | 9018126833 | **Entidad Financiera** | DAVIVIENDA |
| **Tipo Producto Origen** | Cuenta Ahorros | **No. Comprobante** | 1442 |
| **No. Producto Origen/Recaudador** | 251847976 | **Forma de pago** | |
| **Fecha Pago/Débito** | 2025/11/21 | **Aviso al beneficiario** | N |
| **Fecha Transacción** | 2025/11/21 | **Estado de Aviso** | |
| **Valor Transacción** | $199,713.00 | **Fecha de Aviso** | |
| **Comisión** | 0 | **Medio Utilizado** | - |
| **IVA** | 0 | **No. Transacción** | 251A32125325001L |
| **Estado** | EXT | **Información** | FE-117 Gastos de Emergencia |
| **Descripción de Estado** | Exitoso | **Fecha Cobro** | 2025/11/21 |
| **Causal de Rechazo** | - | **No. Factura** | - |
| **No. Control** | OXU004INCU | **Oficina Pago** | - |
| **Tipo Producto Destino** | Cuenta Ahorros | **Usuario Creador** | MIGUEL ANGEL YAGAMA VALENCIA |

CORPORACION INFANCIA Y DESARROLLO
NIT : 830,082,544 - 7
CALLE 24D N 40-29
3176460751 - 3185863257
BOGOTA - COLOMBIA

**HOGARES SUSTITUTOS 15004032025**

**L - 300 - 607**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Señores** | SYM BEST SAS | | |
| **NIT** | 901,812,683 - 3 | **Teléfono** | 3102134498 |
| **Dirección** | CALLE 47 3 87 ESTE | **Ciudad** | TUNJA - COLOMBIA |

**Fecha Comprobante**

2025-11-13

| Código | DescripcionLargaProducto | NIT | C.C | Detalle | Valor |
|---|---|---|---|---|---|
| 5195250300 | SYM BEST-FAC-118 GASTO EMERGENCIA NOV | 901,812,683 | 257 - 7 | | 171.428,000 |
| 5195109902 | SYM BEST-FAC-118 GASTO EMERGENCIA NOV | 901,812,683 | 257 - 7 | Base: 171,428.00 | 32.571,000 |
| 2365400400 | SYM BEST-FAC-118 GASTO EMERGENCIA NOV | 901,812,683 | 257 - 1 | Base: 171,428.00 | -4.286,000 |
| 2335950200 | SYM BEST-FAC-118 GASTO EMERGENCIA NOV | 901,812,683 | 257 - 1 | Comp:L-300-00000000607,VTO: 4,F.VTO:2025/11/13 | -199.713,000 |

**OBSERVACIONES**

Elaborado e Impreso por Siigo

Elaborado por

Aprobado por

DIAN

# FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

DIAN

## Representación Gráfica

### Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :
4d32e24bbcf4f4b7e6616f414b30752b2db7134292c1b9eac63c483913977389f8e4b435cb19adb56efdd6ce3c928578

Número de Factura: FE-118
Fecha de Emisión: 13/11/2025
Fecha de Vencimiento: 13/11/2025
Tipo de Operación: 10 - Estándar

Forma de pago: Contado
Medio de Pago: Transferencia Débito
Orden de pedido:
Fecha de orden de pedido:

### Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: SYM BEST S.A.S.
Nombre Comercial: SYM BEST S.A.S.
Nit del Emisor: 901812683
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica
Régimen Fiscal:O-23
Responsabilidad tributaria: 01 - IVA
Actividad Económica: 4771

País: Colombia
Departamento: Boyacá
Municipio / Ciudad: Tunja
Dirección: CALLE 47 3 87 ESTE
Teléfono / Móvil: 3102134498
Correo: SYMBESTSAS@GMAIL.COM

### Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: CORPORACION INFANCIA Y DESARROLLO
Tipo de Documento: NIT
Número Documento: 830082544
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica
Régimen fiscal: R-99-PN
Responsabilidad tributaria: 01 - IVA

País: Colombia
Departamento: Bogotá
Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.
Dirección: CL 24 D 40 29
Teléfono / Móvil: 5202215
Correo: direccionfinanciera@cid.org.co

### Detalles de Productos

| | | | | | | | | IMPUESTOS | | | | Precio unitario de venta |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nro. | Código | Descripción | U/M | Cantidad | Precio unitario | Descuento detalle | Recargo detalle | IVA | % | INC | % | |
| 1 | 126 | Pañales paquete x30 unidades marca Winny Etapa | NIU | 4,00 | $ 42.857,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 32.571,32 | 19.00 | | | $ 171.428,00 |

### Notas Finales

Sexo Femenino, Sin Discapacidad, Edad 1 año ( Rubro Gastos de emergencia 2204 ) Beneficiario: Briyith Daniela Castiblanco. Madre sustituta: Rubid Bric eida Idrobo mejia
Linea de negocio:

## Datos Totales

**Documento generado el:**
13/11/2025 14:39:14
**Documento validado por la DIAN:**
13/11/2025 14:39:14
**XML Generado por: Solución Gratuita DIAN**
800197268
**PDF Generado por: Solución Gratuita DIAN**
**Nit:800197268**

| | |
|---|---|
| MONEDA | COP |
| TASA DE CAMBIO | 0 |

| | |
|---|---|
| **Subtotal** | 171428 |
| Descuento detalle | 0,00 |
| Recargo detalle | 0,00 |
| **Total Bruto Factura** | 171428 |
| IVA | 32571.32 |
| INC | 0,00 |
| Bolsas | 0,00 |
| Otros impuestos | 0 |
| **Total impuesto (=)** | 32571.32 |
| **Total neto factura (=)** | 203999.32 |
| Descuento Global (-) | 0,00 |
| Recargo Global (+) | 0,00 |
| **Total factura (=)** **COP $** | $ 203999.32 |

**Valores informativos**

| | |
|---|---|
| **ANTICIPOS** | |
| Anticipos | 0 |

| | |
|---|---|
| **RETENCIONES** | |
| Rete fuente | 0,00 |
| Rete IVA | 0,00 |
| Rete ICA | 0,00 |

| | |
|---|---|
| MONEDA | COP |
| TASA DE CAMBIO | |

| | |
|---|---|
| **Subtotal** | 171.428,00 |
| Descuento detalle | 0,00 |
| Recargo detalle | 0,00 |
| **Total Bruto Factura** | 171.428,00 |
| IVA | 32.571,32 |
| INC | 0,00 |
| Bolsas | 0,00 |
| Otros impuestos | 0,00 |
| **Total impuesto (=)** | 32.571,32 |
| **Total neto factura (=)** | 203.999,32 |
| Descuento Global (-) | 0,00 |
| Recargo Global (+) | 0,00 |
| **Total factura (=)** **COP $** | $ 203.999,32 |

**Valores informativos**

| | |
|---|---|
| **ANTICIPOS** | |
| Anticipos | 0,00 |

| | |
|---|---|
| **RETENCIONES** | |
| Rete fuente | 0,00 |
| Rete IVA | 0,00 |
| Rete ICA | 0,00 |

Numero de Autorización: 18764082661269 Rango desde: 1 Rango hasta: 200 Vigencia: 2026-10-31

| Corporación Infancia y Desarrollo | **REQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS** | *FO-ABYS-01-02-02* |
|---|---|---|
| | | *FUMD: 15/09/2016* |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **FECHA SOLICITUD** | 5/11/2025 | **SOLICITANTE** | EDWIN JEOVANNY CUERVO CARO |
| **PROYECTO** | Hogares sustitutos | | |

| No. | DESCRIPCIÓN DEL ARTÍCULO / SERVICIO | UNIDAD MEDIDA | CANTIDAD REQUERIDA | FECHA REQUERIDA | LUGAR DE ENTREGA O PRESTACIÓN SERVICIO | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Pañales (PAQUETE POR 30 UNIDADES MARCA WINY) | PAQUETES | 4 | 10/11/25 | Tunja- Unidades de servicio | Sexo Femenino, Sin Discapacidad, Edad 1 año ( Rubro Gastos de emergencia 2204 )<br>Beneficiario: Briyith Daniela Castiblanco.<br>Madre sustituta: Rubid Briceida Idrobo mejia |

| VoBo DIRECCIÓN PROGRAMÁTICA/DIRECCION GENERAL | | VoBo. Direccion financiera |
|---|---|---|
| | **APROBADA** | |
| | SI | |
| | NO | |
| FIRMA | | FIRMA |

| Corporación Infancia y Desarrollo | ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS | FO-ABYS-01-03-03 |
|---|---|---|
| | ORDEN DE COMPRAS | FUMD: 12/06/2025 |

| Orden de Compra No | 0 | 3 | 8 | 0 |
|---|---|---|---|---|
| *Proyecto* ***HST_15004032025*** | | | | |

Bogotá, 13 noviembre de 2025

Señores
**SYM BEST S.A.S.**
**NIT 901812683**
Ciudad

Cordial saludo.

Una vez recibida y estudiada la cotización, se aprueba la compra de los productos abajo listados, de acuerdo con los precios ofrecidos por ustedes. Por esto, se solicita expedir la factura con los requisitos establecidos en el estatuto tributario y teniendo en cuenta los siguientes datos:

**Cliente: Corporación Infancia y Desarrollo**
**Nit: 830082544 – 7**
**Dirección: Calle 24D #40-29**
**Teléfonos: 320 4952964**
**Referencia Cotización: La enviada**

| GASTO DE EMERGENCIA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Niño/a** | | **Briyith Daniela Castiblanco** | | | |
| **Madre Sustituta** | | **Rubid Briceida Idrobo Mejía** | | | |
| **Factura** | | **FE-118** | | | |
| **ITEM** | **PRODUCTO** | **CANT** | **VALOR ANTES IVA** | **VALOR IVA** | **VALOR TOTAL** |
| 1 | Pañales paquete x30 unidades marca Winny Etapa 4 | 4 | $ 42.857 | $ 8.143 | $ 203.999,32 |
| **TOTAL** | | | | | **$ 203.999,32** |

***Nota:*** *Este proveedor al momento de la aceptación se adhirió a la política institucional de Tolerancia Cero frente a la explotación y los abusos sexuales (PEAS), la cual hace parte integral de la negociación del servicio o compra adquirido.*

Agradezco su gentil colaboración.

Atentamente,

**Yaneth Triviño**
**Directora Financiera**

| | | |
|---|---|---|
| "Desarrollo social para construir y aportar al país" | **CORPORACIÓN INFANCIA Y DESARROLLO**<br>**HOGARES SUSTITUTOS**<br>**FORMATO ACTA DE ENTREGA DOTACIÓN**<br>**Elaborado por: Corporación Infancia y Desarrollo** | Corporación Infancia y Desarrollo |

**ACTA DE ENTREGA**

Por medio de la presente, LA CORPORACIÓN INFANCIA Y DESARROLLO hace entrega de dotación a la señora RUBID BRICEIDA IDROBO MEJIA, identificada con Cedula de Ciudadanía No. 1116816969 quien es Madre Sustituta del Centro Zonal de Tunja, los elementos entregados serán destinados para el Niño, Niña o Adolescente: BRIYITH DANIELA CASTIBLANCO con SIM No: 16070988.

TIPO DE ACOMPAÑAMIENTO

| | |
|---|---|
| Vulneración | X |
| Discapacidad | |

TIPO ELEMENTOS (MARQUE CON UNA X)

| | | | |
|---|---|---|---|
| DOTACIÓN | Dotación escolar | Útiles escolares | |
| | | Uniformes | |
| | Gastos de emergencia | | X |

FECHA DE ENTREGA: 08/11/2025

DESCRIPCIÓN DE LOS ELEMENTOS ENTREGADOS

| DESCRIPCIÓN DEL ARTÍCULO / SERVICIO | UNIDAD MEDIDA | CANTIDAD REQUERIDA |
|---|---|---|
| Pañales (PAQUETE POR 30 UNIDADES MARCA WINY) | UNIDAD | 4 |

Recibió a satisfacción SI_X__ NO___

Observación:

Entregado por:

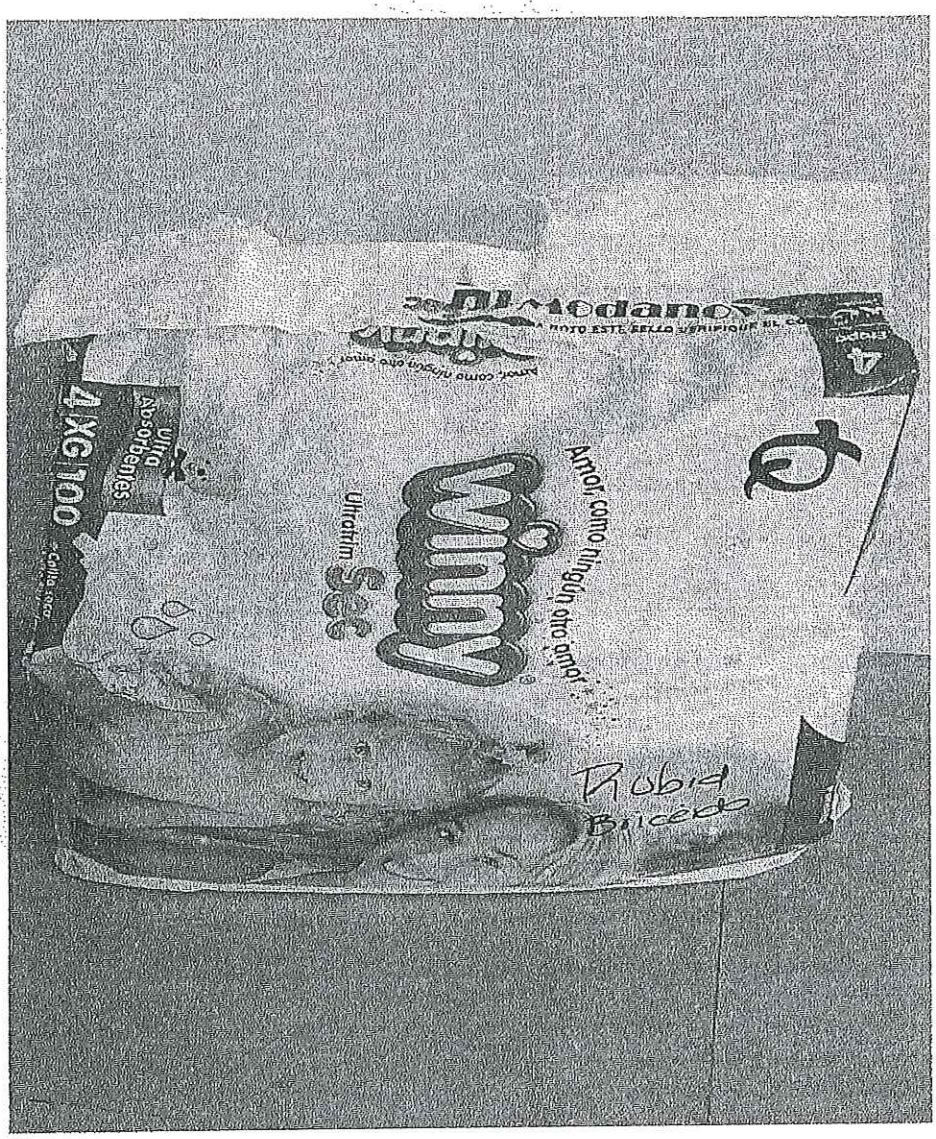
NICOLAS G. JUYA CALDERON
C.C: 1057436690
Rol: Auxiliar Administrativo

Recibido por:

Rubid Idrobo

RUBID BRICEIDA IDROBO MEJIA
C.C: 1116816969
Rol: Madre Sustituta

| | | |
|---|---|---|
| "Desarrollo social para construir y aportar al país" | **CORPORACIÓN INFANCIA Y DESARROLLO**<br>**HOGARES SUSTITUTOS**<br>**FORMATO ACTA DE ENTREGA DOTACIÓN**<br>**Elaborado por: Corporación Infancia y Desarrollo** | Corporación Infancia y Desarrollo |



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 | 2025/11/20 | 2025/11/30 |

| Estado |
|---|

**Detalle**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Beneficiario/Cliente a Debitar** | Sym Best Sas | **No. Producto** | 176300049226 |
| **No. Identificación** | 9018126833 | **Entidad Financiera** | DAVIVIENDA |
| **Tipo Producto Origen** | Cuenta Ahorros | **No. Comprobante** | 1443 |
| **No. Producto Origen/Recaudador** | 251847976 | **Forma de pago** | |
| **Fecha Pago/Débito** | 2025/11/21 | **Aviso al beneficiario** | N |
| **Fecha Transacción** | 2025/11/21 | **Estado de Aviso** | |
| **Valor Transacción** | $199,713.00 | **Fecha de Aviso** | |
| **Comisión** | 0 | **Medio Utilizado** | - |
| **IVA** | 0 | **No. Transacción** | 251A32125325001M |
| **Estado** | EXT | **Información** | FE-118 Gastos de Emergencia |
| **Descripción de Estado** | Exitoso | **Fecha Cobro** | 2025/11/21 |
| **Causal de Rechazo** | - | **No. Factura** | - |
| **No. Control** | OXU004INCU | **Oficina Pago** | - |
| **Tipo Producto Destino** | Cuenta Ahorros | **Usuario Creador** | MIGUEL ANGEL YAGAMA VALENCIA |

CORPORACION INFANCIA Y DESARROLLO
NIT : 830,082,544 - 7
CALLE 24D N 40-29
3176460751 - 3185863257
BOGOTA - COLOMBIA

**HOGARES SUSTITUTOS 15004032025**

**L - 300 - 608**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Señores** | SYM BEST SAS | | |
| **NIT** | 901,812,683 - 3 | **Teléfono** | 3102134498 |
| **Dirección** | CALLE 47 3 87 ESTE | **Ciudad** | TUNJA - COLOMBIA |

**Fecha Comprobante**

2025-11-13

| Código | DescripcionLargaProducto | NIT | C.C | Detalle | Valor |
|---|---|---|---|---|---|
| 5195250300 | SYM BEST-FAC-119 GASTO EMERGENCIA NOV | 901,812,683 | 257 - 7 | | 171.428,000 |
| 5195109902 | SYM BEST-FAC-119 GASTO EMERGENCIA NOV | 901,812,683 | 257 - 7 | Base: 171,428.00 | 32.571,000 |
| 2365400400 | SYM BEST-FAC-119 GASTO EMERGENCIA NOV | 901,812,683 | 257 - 1 | Base: 171,428.00 | -4.286,000 |
| 2335950200 | SYM BEST-FAC-119 GASTO EMERGENCIA NOV | 901,812,683 | 257 - 1 | Comp:L-300-00000000608,VTO: 4,F.VTO:2025/11/13 | -199.713,000 |

**OBSERVACIONES**

Elaborado e Impreso por Sigo

Elaborado por

Aprobado por

DIAN

# FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

DIAN

## Representación Gráfica

### Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :
e05428c31e5e0ee358a6f62fa43f2610a470401e295a64687976e8284b581f37f95c45a0070c83327e72d445142fe75a

Número de Factura: FE-119
Fecha de Emisión: 13/11/2025
Fecha de Vencimiento: 13/11/2025
Tipo de Operación: 10 - Estándar

Forma de pago: Contado
Medio de Pago: Transferencia Débito
Orden de pedido:
Fecha de orden de pedido:

### Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: SYM BEST S.A.S.
Nombre Comercial: SYM BEST S.A.S.
Nit del Emisor: 901812683
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica
Régimen Fiscal:O-23
Responsabilidad tributaria: 01 - IVA
Actividad Económica: 4771

País: Colombia
Departamento: Boyacá
Municipio / Ciudad: Tunja
Dirección: CALLE 47 3 87 ESTE
Teléfono / Móvil: 3102134498
Correo: SYMBESTSAS@GMAIL.COM

### Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: CORPORACION INFANCIA Y DESARROLLO
Tipo de Documento: NIT
Número Documento: 830082544
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica
Régimen fiscal: R-99-PN
Responsabilidad tributaria: 01 - IVA

País: Colombia
Departamento: Bogotá
Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.
Dirección: CL 24 D 40 29
Teléfono / Móvil: 5202215
Correo: direccionfinanciera@cid.org.co

### Detalles de Productos

| | | | | | | | | IMPUESTOS | | | | Precio unitario de venta |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nro. | Código | Descripción | U/M | Cantidad | Precio unitario | Descuento detalle | Recargo detalle | IVA | % | INC | % | |
| 1 | 126 | Pañales paquete x30 unidades marca Winny Etapa | NIU | 4,00 | $ 42.857,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 32.571,32 | 19.00 | | | $ 171.428,00 |

### Notas Finales

Sexo Femenino, Sin Discapacidad, Edad: 2 años ( Rubro Gastos de emergencia 2204 ) Beneficiario:Mia Isabela Juan de Dios Madre sustituta: Nury Bolivar
Linea de negocio:

## Datos Totales

**Documento generado el:**
13/11/2025 14:40:44
**Documento validado por la DIAN:**
13/11/2025 14:40:45
**XML Generado por: Solución Gratuita DIAN**
800197268
**PDF Generado por: Solución Gratuita DIAN**
**Nit:800197268**

| | |
|---|---|
| MONEDA | COP |
| TASA DE CAMBIO | 0 |

| | |
|---|---|
| **Subtotal** | 171428 |
| Descuento detalle | 0,00 |
| Recargo detalle | 0,00 |
| **Total Bruto Factura** | 171428 |
| IVA | 32571.32 |
| INC | 0,00 |
| Bolsas | 0,00 |
| Otros impuestos | 0 |
| **Total impuesto (=)** | 32571.32 |
| **Total neto factura (=)** | 203999.32 |
| Descuento Global (-) | 0,00 |
| Recargo Global (+) | 0,00 |
| **Total factura (=)** | **COP $** $ 203999.32 |

**Valores informativos**

| | |
|---|---|
| **ANTICIPOS** | |
| Anticipos | 0 |

| | |
|---|---|
| **RETENCIONES** | |
| Rete fuente | 0,00 |
| Rete IVA | 0,00 |
| Rete ICA | 0,00 |

| | |
|---|---|
| MONEDA | COP |
| TASA DE CAMBIO | |

| | |
|---|---|
| **Subtotal** | 171.428,00 |
| Descuento detalle | 0,00 |
| Recargo detalle | 0,00 |
| **Total Bruto Factura** | 171.428,00 |
| IVA | 32.571,32 |
| INC | 0,00 |
| Bolsas | 0,00 |
| Otros impuestos | 0,00 |
| **Total impuesto (=)** | 32.571,32 |
| **Total neto factura (=)** | 203.999,32 |
| Descuento Global (-) | 0,00 |
| Recargo Global (+) | 0,00 |
| **Total factura (=)** | **COP $** $ 203.999,32 |

**Valores informativos**

| | |
|---|---|
| **ANTICIPOS** | |
| Anticipos | 0,00 |

| | |
|---|---|
| **RETENCIONES** | |
| Rete fuente | 0,00 |
| Rete IVA | 0,00 |
| Rete ICA | 0,00 |

Numero de Autorización: 18764082661269 Rango desde: 1 Rango hasta: 200 Vigencia: 2026-10-31

| Corporación Infancia y Desarrollo | REQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS | FO-ABYS-01-02-02 |
|---|---|---|
| | | FUMD: 15/09/2016 |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA SOLICITUD | 5/11/2025 | | SOLICITANTE | EDWIN JEOVANNY CUERVO CARO | | |
| PROYECTO | Hogares sustitutos | | | | | |
| No. | DESCRIPCIÓN DEL ARTÍCULO / SERVICIO | UNIDAD MEDIDA | CANTIDAD REQUERIDA | FECHA REQUERIDA | LUGAR DE ENTREGA O PRESTACIÓN SERVICIO | OBSERVACIONES |
| 1 | Pañales (PAQUETE POR 30 UNIDADES MARCA WINY) etapa 4 PANTS | PAQUETES | 4 | 10/11/25 | Tunja- Unidades de servicio | Sexo Femenino, Sin Discapacidad, Edad: 2 años ( Rubro Gastos de emergencia 2204 )<br>Beneficiario:Mia Isabela Juan de Dios<br>Madre sustituta: Nury Bolivar |

| VoBo DIRECCIÓN PROGRAMÁTICA/DIRECCION GENERAL | | VoBo. Direccion financiera |
|---|---|---|
| | APROBADA | |
| | SI | |
| | NO | |
| FIRMA | | FIRMA |

| Corporación Infancia y Desarrollo | ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS | FO-ABYS-01-03-03 |
|---|---|---|
| | ORDEN DE COMPRAS | FUMD: 12/06/2025 |

| Orden de Compra No 0 3 8 4 |
|---|
| *Proyecto* ***HST_15004032025*** |

Bogotá, 13 noviembre de 2025

Señores
**SYM BEST S.A.S.**
**NIT 901812683**
Ciudad

Cordial saludo.

Una vez recibida y estudiada la cotización, se aprueba la compra de los productos abajo listados, de acuerdo con los precios ofrecidos por ustedes. Por esto, se solicita expedir la factura con los requisitos establecidos en el estatuto tributario y teniendo en cuenta los siguientes datos:

**Cliente: Corporación Infancia y Desarrollo**
**Nit: 830082544 – 7**
**Dirección: Calle 24D #40-29**
**Teléfonos: 320 4952964**
**Referencia Cotización: La enviada**

| GASTO DE EMERGENCIA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Niño/a | | Mia Isabela Juan de Dios | | | |
| Madre Sustituta | | Nury Bolívar | | | |
| Factura | | FE-119 | | | |
| ITEM | PRODUCTO | CANT | VALOR ANTES IVA | VALOR IVA | VALOR TOTAL |
| 1 | Pañales paquete x30 unidades marca Winny Etapa 4 | 4 | $ 42.857 | $ 8.143 | $ 203.999,32 |
| TOTAL | | | | | **$ 203.999,32** |

***Nota:*** *Este proveedor al momento de la aceptación se adhirió a la política institucional de Tolerancia Cero frente a la explotación y los abusos sexuales (PEAS), la cual hace parte integral de la negociación del servicio o compra adquirido.*

Agradezco su gentil colaboración.

Atentamente,

**Yaneth Triviño**
**Directora Financiera**

| | | |
|---|---|---|
| "Desarrollo social para construir y aportar al país" | **CORPORACIÓN INFANCIA Y DESARROLLO**<br>**HOGARES SUSTITUTOS**<br>**FORMATO ACTA DE ENTREGA DOTACIÓN**<br>**Elaborado por: Corporación Infancia y Desarrollo** | Corporación Infancia y Desarrollo |

**ACTA DE ENTREGA**

Por medio de la presente, LA CORPORACIÓN INFANCIA Y DESARROLLO hace entrega de dotación a la señora NURY JULIETH BOLIVAR NIETO, identificada con Cedula de Ciudadanía No. 40049856 quien es Madre Sustituta del Centro Zonal de Tunja, los elementos entregados serán destinados para el Niño, Niña o Adolescente: MIA ISABELLA JUAN DE DIOS con SIM No: 16066089.

TIPO DE ACOMPAÑAMIENTO

| | |
|---|---|
| Vulneración | X |
| Discapacidad | |

TIPO ELEMENTOS (MARQUE CON UNA X)

| | | | |
|---|---|---|---|
| DOTACIÓN | Dotación escolar | Útiles escolares | |
| | | Uniformes | |
| | Gastos de emergencia | | X |

FECHA DE ENTREGA: 08/11/2025

DESCRIPCIÓN DE LOS ELEMENTOS ENTREGADOS

| DESCRIPCIÓN DEL ARTÍCULO / SERVICIO | UNIDAD MEDIDA | CANTIDAD REQUERIDA |
|---|---|---|
| Pañales (PAQUETE POR 30 UNIDADES MARCA WINY) etapa 4 PANTS | UNIDAD | 4 |

Recibió a satisfacción SI_X__ NO___

Observación:

Entregado por:

NICOLAS G. JUYA CALDERON
C.C: 1057436690
Rol: Auxiliar Administrativo

Recibido por:

NURY JULIETH BOLIVAR NIETO
C.C: 40049856
Rol: Madre Sustituta

| | | |
|---|---|---|
| Desarrollo social para construir y aportar al país 79 | **CORPORACIÓN INFANCIA Y DESARROLLO**<br>**HOGARES SUSTITUTOS**<br>**FORMATO ACTA DE ENTREGA DOTACIÓN**<br>**Elaborado por: Corporación Infancia y Desarrollo** | Corporación Infancia y Desarrollo |



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 | 2025/11/20 | 2025/11/30 |

| Estado |
|---|

**Detalle**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Beneficiario/Cliente a Debitar** | Sym Best Sas | **No. Producto** | 176300049226 |
| **No. Identificación** | 9018126833 | **Entidad Financiera** | DAVIVIENDA |
| **Tipo Producto Origen** | Cuenta Ahorros | **No. Comprobante** | 1444 |
| **No. Producto Origen/Recaudador** | 251847976 | **Forma de pago** | |
| **Fecha Pago/Débito** | 2025/11/21 | **Aviso al beneficiario** | N |
| **Fecha Transacción** | 2025/11/21 | **Estado de Aviso** | |
| **Valor Transacción** | $199,713.00 | **Fecha de Aviso** | |
| **Comisión** | 0 | **Medio Utilizado** | - |
| **IVA** | 0 | **No. Transacción** | 251A32125325001N |
| **Estado** | EXT | **Información** | FE-119 Gastos de Emergencia |
| **Descripción de Estado** | Exitoso | **Fecha Cobro** | 2025/11/21 |
| **Causal de Rechazo** | - | **No. Factura** | - |
| **No. Control** | OXU004INCU | **Oficina Pago** | - |
| **Tipo Producto Destino** | Cuenta Ahorros | **Usuario Creador** | MIGUEL ANGEL YAGAMA VALENCIA |

CORPORACION INFANCIA Y DESARROLLO
NIT : 830,082,544 - 7
CALLE 24D N 40-29
3176460751 - 3185863257
BOGOTA - COLOMBIA

**HOGARES SUSTITUTOS 15004032025**

**L - 300 - 609**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Señores** | SYM BEST SAS | | |
| **NIT** | 901,812,683 - 3 | **Teléfono** | 3102134498 |
| **Dirección** | CALLE 47 3 87 ESTE | **Ciudad** | TUNJA - COLOMBIA |

**Fecha Comprobante**

2025-11-13

| Código | DescripcionLargaProducto | NIT | C.C | Detalle | Valor |
|---|---|---|---|---|---|
| 5195250300 | SYM BEST-FAC-120 GASTO EMERGENCIA NOV | 901,812,683 | 257 - 7 | | 171.428,000 |
| 5195109902 | SYM BEST-FAC-120 GASTO EMERGENCIA NOV | 901,812,683 | 257 - 7 | Base: 171,428.00 | 32.571,000 |
| 2365400400 | SYM BEST-FAC-120 GASTO EMERGENCIA NOV | 901,812,683 | 257 - 1 | Base: 171,428.00 | -4.286,000 |
| 2335950200 | SYM BEST-FAC-120 GASTO EMERGENCIA NOV | 901,812,683 | 257 - 1 | Comp:L-300-00000000609,VTO: 4,F.VTO:2025/11/13 | -199.713,000 |

**OBSERVACIONES**

Elaborado e Impreso por Sigo

Elaborado por

Aprobado por

DIAN

# FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

DIAN

## Representación Gráfica

### Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :
5a922cc985143f1d5da9043c9fc311c9675e7e44964524c6df28c200ef9791b403e2ae4942475466dd380dbe221b8a3c

Número de Factura: FE-120
Fecha de Emisión: 13/11/2025
Fecha de Vencimiento: 13/11/2025
Tipo de Operación: 10 - Estándar

Forma de pago: Contado
Medio de Pago: Transferencia Débito
Orden de pedido:
Fecha de orden de pedido:

### Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: SYM BEST S.A.S.
Nombre Comercial: SYM BEST S.A.S.
Nit del Emisor: 901812683
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica
Régimen Fiscal:O-23
Responsabilidad tributaria: 01 - IVA
Actividad Económica: 4771

País: Colombia
Departamento: Boyacá
Municipio / Ciudad: Tunja
Dirección: CALLE 47 3 87 ESTE
Teléfono / Móvil: 3102134498
Correo: SYMBESTSAS@GMAIL.COM

### Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: CORPORACION INFANCIA Y DESARROLLO
Tipo de Documento: NIT
Número Documento: 830082544
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica
Régimen fiscal: R-99-PN
Responsabilidad tributaria: 01 - IVA

País: Colombia
Departamento: Bogotá
Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.
Dirección: CL 24 D 40 29
Teléfono / Móvil: 5202215
Correo: direccionfinanciera@cid.org.co

### Detalles de Productos

| | | | | | | | | IMPUESTOS | | | | Precio unitario de venta |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nro. | Código | Descripción | U/M | Cantidad | Precio unitario | Descuento detalle | Recargo detalle | IVA | % | INC | % | |
| 1 | 126 | Pañales paquete x30 unidades marca Winny Etapa 4 | NIU | 4,00 | $ 42.857,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 32.571,32 | 19.00 | | | $ 171.428,00 |

### Notas Finales

Sexo Maculino, Edad: 2 años ( Rubro Gastos de emergencia 2204 ) Beneficiario: Martin Alejandro Castro Quintero Madre sustituta: Fernada Carolina Rojas Palacios
Linea de negocio:

## Datos Totales

**Documento generado el:**
13/11/2025 14:42:03
**Documento validado por la DIAN:**
13/11/2025 14:42:03
**XML Generado por: Solución Gratuita DIAN**
800197268
**PDF Generado por: Solución Gratuita DIAN Nit:800197268**

| | |
|---|---|
| MONEDA | COP |
| TASA DE CAMBIO | 0 |

| | |
|---|---|
| **Subtotal** | 171428 |
| Descuento detalle | 0,00 |
| Recargo detalle | 0,00 |
| **Total Bruto Factura** | 171428 |
| IVA | 32571.32 |
| INC | 0,00 |
| Bolsas | 0,00 |
| Otros impuestos | 0 |
| **Total impuesto (=)** | 32571.32 |
| **Total neto factura (=)** | 203999.32 |
| Descuento Global (-) | 0,00 |
| Recargo Global (+) | 0,00 |
| **Total factura (=)** **COP $** | $ 203999.32 |

**Valores informativos**

| | |
|---|---|
| **ANTICIPOS** | |
| Anticipos | 0 |

| | |
|---|---|
| **RETENCIONES** | |
| Rete fuente | 0,00 |
| Rete IVA | 0,00 |
| Rete ICA | 0,00 |

| | |
|---|---|
| MONEDA | COP |
| TASA DE CAMBIO | |

| | |
|---|---|
| **Subtotal** | 171.428,00 |
| Descuento detalle | 0,00 |
| Recargo detalle | 0,00 |
| **Total Bruto Factura** | 171.428,00 |
| IVA | 32.571,32 |
| INC | 0,00 |
| Bolsas | 0,00 |
| Otros impuestos | 0,00 |
| **Total impuesto (=)** | 32.571,32 |
| **Total neto factura (=)** | 203.999,32 |
| Descuento Global (-) | 0,00 |
| Recargo Global (+) | 0,00 |
| **Total factura (=)** **COP $** | $ 203.999,32 |

**Valores informativos**

| | |
|---|---|
| **ANTICIPOS** | |
| Anticipos | 0,00 |

| | |
|---|---|
| **RETENCIONES** | |
| Rete fuente | 0,00 |
| Rete IVA | 0,00 |
| Rete ICA | 0,00 |

Numero de Autorización: 18764082661269 Rango desde: 1 Rango hasta: 200 Vigencia: 2026-10-31

| Corporación Infancia y Desarrollo NIT: 830082544-7 | **REQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS** | *FO-ABYS-01-02-02* |
|---|---|---|
| | | *FUMD: 15/09/2016* |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **FECHA SOLICITUD** | 7/11/2025 | **SOLICITANTE** | EDWIN JEOVANNY CUERVO CARO |
| **PROYECTO** | Hogares sustitutos | | |

| No. | DESCRIPCIÓN DEL ARTÍCULO / SERVICIO | UNIDAD MEDIDA | CANTIDAD REQUERIDA | FECHA REQUERIDA | LUGAR DE ENTREGA O PRESTACIÓN SERVICIO | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Pañales (PAQUETE POR 30 UNIDADES MARCA WINY) Etapa 4 | PAQUETES | 4 | 12/11/25 | Tunja- Unidades de servicio | Sexo Maculino, Edad: 2 años ( Rubro Gastos de emergencia 2204 )<br>Beneficiario: Martin Alejandro Castro Quintero<br>Madre sustituta: Fernada Carolina Rojas Palacios |

| VoBo DIRECCIÓN PROGRAMÁTICA/DIRECCION GENERAL | | VoBo. Direccion financiera | |
|---|---|---|---|
| | **APROBADA** | | |
| | SI | | |
| | NO | | |
| FIRMA | | FIRMA | |

| Corporación Infancia y Desarrollo | ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS | FO-ABYS-01-03-03 |
|---|---|---|
| | ORDEN DE COMPRAS | FUMD: 12/06/2025 |

| Orden de Compra No | 0 | 3 | 8 | 3 |
|---|---|---|---|---|
| *Proyecto* ***HST_15004032025*** | | | | |

Bogotá, 13 noviembre de 2025

Señores
**SYM BEST S.A.S.**
**NIT 901812683**
Ciudad

Cordial saludo.

Una vez recibida y estudiada la cotización, se aprueba la compra de los productos abajo listados, de acuerdo con los precios ofrecidos por ustedes. Por esto, se solicita expedir la factura con los requisitos establecidos en el estatuto tributario y teniendo en cuenta los siguientes datos:

**Cliente: Corporación Infancia y Desarrollo**
**Nit: 830082544 – 7**
**Dirección: Calle 24D #40-29**
**Teléfonos: 320 4952964**
**Referencia Cotización: La enviada**

| GASTO DE EMERGENCIA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Niño/a | | Martin Alejandro Castro Quintero | | | |
| Madre Sustituta | | Fernada Carolina Rojas Palacios | | | |
| Factura | | FE-120 | | | |
| ITEM | PRODUCTO | CANT | VALOR ANTES IVA | VALOR IVA | VALOR TOTAL |
| 1 | Pañales paquete x30 unidades marca Winny Etapa 4 | 4 | $ 42.857 | $ 8.143 | $ 203.999,32 |
| TOTAL | | | | | **$ 203.999,32** |

***Nota:*** *Este proveedor al momento de la aceptación se adhirió a la política institucional de Tolerancia Cero frente a la explotación y los abusos sexuales (PEAS), la cual hace parte integral de la negociación del servicio o compra adquirido.*

Agradezco su gentil colaboración.

Atentamente,

**Yaneth Triviño**
**Directora Financiera**

| | | |
|---|---|---|
| "Desarrollo social para construir y aportar al país" | **CORPORACIÓN INFANCIA Y DESARROLLO**<br>**HOGARES SUSTITUTOS**<br>**FORMATO ACTA DE ENTREGA DOTACIÓN**<br>**Elaborado por: Corporación Infancia y Desarrollo** | Corporación Infancia y Desarrollo |

**ACTA DE ENTREGA**

Por medio de la presente, LA CORPORACIÓN INFANCIA Y DESARROLLO hace entrega de dotación a la señora FERNANDA CAROLINA ROJAS PALACIOS, identificada con Cedula de Ciudadanía No. 1085267222 quien es Madre Sustituta del Centro Zonal de Tunja, los elementos entregados serán destinados para el Niño, Niña o Adolescente: MARTIN ALEJANDRO CASTRO QUINTERO con SIM No: 16067909.

TIPO DE ACOMPAÑAMIENTO

| | |
|---|---|
| Vulneración | X |
| Discapacidad | |

TIPO ELEMENTOS (MARQUE CON UNA X)

| | | | |
|---|---|---|---|
| DOTACIÓN | Dotación escolar | Útiles escolares | |
| | | Uniformes | |
| | Gastos de emergencia | | X |

FECHA DE ENTREGA: 08/11/2025

DESCRIPCIÓN DE LOS ELEMENTOS ENTREGADOS

| DESCRIPCIÓN DEL ARTÍCULO / SERVICIO | UNIDAD MEDIDA | CANTIDAD REQUERIDA |
|---|---|---|
| Pañales (PAQUETE POR 30 UNIDADES MARCA WINY) Etapa 4 | UNIDAD | 4 |

Recibió a satisfacción SI_X__ NO___

Observación:

Entregado por:

NICOLAS G. JUYA CALDERON
C.C: 1057436690
Rol: Auxiliar Administrativo

Recibido por:

FERNANDA CAROLINA ROJAS PALACIOS
C.C: 1085267222
Rol: Madre Sustituta

| | | |
|---|---|---|
| "Desarrollo social para construir y aportar al país" | **CORPORACIÓN INFANCIA Y DESARROLLO**<br>**HOGARES SUSTITUTOS**<br>**FORMATO ACTA DE ENTREGA DOTACIÓN**<br>**Elaborado por: Corporación Infancia y Desarrollo** | Corporación Infancia y Desarrollo |



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 | 2025/11/20 | 2025/11/30 |

| Estado |
|---|

**Detalle**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Beneficiario/Cliente a Debitar** | Sym Best Sas | **No. Producto** | 176300049226 |
| **No. Identificación** | 9018126833 | **Entidad Financiera** | DAVIVIENDA |
| **Tipo Producto Origen** | Cuenta Ahorros | **No. Comprobante** | 1445 |
| **No. Producto Origen/Recaudador** | 251847976 | **Forma de pago** | |
| **Fecha Pago/Débito** | 2025/11/21 | **Aviso al beneficiario** | N |
| **Fecha Transacción** | 2025/11/21 | **Estado de Aviso** | |
| **Valor Transacción** | $199,713.00 | **Fecha de Aviso** | |
| **Comisión** | 0 | **Medio Utilizado** | - |
| **IVA** | 0 | **No. Transacción** | 251A321253250010 |
| **Estado** | EXT | **Información** | FE-120 Gastos de Emergencia |
| **Descripción de Estado** | Exitoso | **Fecha Cobro** | 2025/11/21 |
| **Causal de Rechazo** | - | **No. Factura** | - |
| **No. Control** | OXU004INCU | **Oficina Pago** | - |
| **Tipo Producto Destino** | Cuenta Ahorros | **Usuario Creador** | MIGUEL ANGEL YAGAMA VALENCIA |

CORPORACION INFANCIA Y DESARROLLO
NIT : 830,082,544 - 7
CALLE 24D N 40-29
3176460751 - 3185863257
BOGOTA - COLOMBIA

**HOGARES SUSTITUTOS 15004032025**

**L - 300 - 610**

| | | | | **Fecha Comprobante** |
|---|---|---|---|---|
| **Señores** | SYM BEST SAS | | | |
| **NIT** | 901,812,683 - 3 | **Teléfono** | 3102134498 | 2025-11-13 |
| **Dirección** | CALLE 47 3 87 ESTE | **Ciudad** | TUNJA - COLOMBIA | |

| Código | DescripcionLargaProducto | | NIT | C.C | Detalle | Valor |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 5195250300 | SYM BEST-FAC-121 EMERGENCIA NOV | GASTO | 901,812,683 | 257 - 7 | | 161.344,000 |
| 5195109902 | SYM BEST-FAC-121 EMERGENCIA NOV | GASTO | 901,812,683 | 257 - 7 | Base: 161,344.00 | 30.655,000 |
| 2365400400 | SYM BEST-FAC-121 EMERGENCIA NOV | GASTO | 901,812,683 | 257 - 1 | Base: 161,344.00 | -4.034,000 |
| 2335950200 | SYM BEST-FAC-121 EMERGENCIA NOV | GASTO | 901,812,683 | 257 - 1 | Comp:L-300-00000000610,VTO: 4,F.VTO:2025/11/13 | -187.965,000 |

**OBSERVACIONES**

Elaborado e Impreso por Siigo

Elaborado por

Aprobado por

DIAN

# FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

DIAN

## Representación Gráfica

### Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :
7ddc2dfbdce0c1b24be984e8fb49b21c11fef7388bc67804b2fd3e98c54f431b386ca5e5f30f45cc39ef1c8a2bb3ced2

Número de Factura: FE-121
Fecha de Emisión: 13/11/2025
Fecha de Vencimiento: 13/11/2025
Tipo de Operación: 10 - Estándar

Forma de pago: Contado
Medio de Pago: Transferencia Débito
Orden de pedido:
Fecha de orden de pedido:

### Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: SYM BEST S.A.S.
Nombre Comercial: SYM BEST S.A.S.
Nit del Emisor: 901812683
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica
Régimen Fiscal:O-23
Responsabilidad tributaria: 01 - IVA
Actividad Económica: 4771

País: Colombia
Departamento: Boyacá
Municipio / Ciudad: Tunja
Dirección: CALLE 47 3 87 ESTE
Teléfono / Móvil: 3102134498
Correo: SYMBESTSAS@GMAIL.COM

### Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: CORPORACION INFANCIA Y DESARROLLO
Tipo de Documento: NIT
Número Documento: 830082544
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica
Régimen fiscal: R-99-PN
Responsabilidad tributaria: 01 - IVA

País: Colombia
Departamento: Bogotá
Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.
Dirección: CL 24 D 40 29
Teléfono / Móvil: 5202215
Correo: direccionfinanciera@cid.org.co

### Detalles de Productos

| | | | | | | | | IMPUESTOS | | | | Precio unitario de venta |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nro. | Código | Descripción | U/M | Cantidad | Precio unitario | Descuento detalle | Recargo detalle | IVA | % | INC | % | |
| 1 | 126 | Pañales paquete x30 unidades marca Winny Etapa 3 | NIU | 4,00 | $ 40.336,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | $ 30.655,36 | 19.00 | | | $ 161.344,00 |

### Notas Finales

Sexo masculino, Sin discapacidad, Edad: 8 meses ( Rubro Gastos de emergencia 2204 ) Beneficiario:Dylan Moises Munceles Madre sustituta: Leisy Johana Gonzalez Renoga
Linea de negocio:

## Datos Totales

**Documento generado el:**
13/11/2025 14:44:05
**Documento validado por la DIAN:**
13/11/2025 14:44:05
**XML Generado por: Solución Gratuita DIAN**
800197268
**PDF Generado por: Solución Gratuita DIAN Nit:800197268**

| | |
|---|---|
| MONEDA | COP |
| TASA DE CAMBIO | 0 |

| | |
|---|---|
| **Subtotal** | 161344 |
| Descuento detalle | 0,00 |
| Recargo detalle | 0,00 |
| **Total Bruto Factura** | 161344 |
| IVA | 30655.36 |
| INC | 0,00 |
| Bolsas | 0,00 |
| Otros impuestos | 0 |
| **Total impuesto (=)** | 30655.36 |
| **Total neto factura (=)** | 191999.36 |
| Descuento Global (-) | 0,00 |
| Recargo Global (+) | 0,00 |
| **Total factura (=)** | **COP $** $ 191999.36 |

**Valores informativos**

| **ANTICIPOS** | |
|---|---|
| Anticipos | 0 |

| **RETENCIONES** | |
|---|---|
| Rete fuente | 0,00 |
| Rete IVA | 0,00 |
| Rete ICA | 0,00 |

| | |
|---|---|
| MONEDA | COP |
| TASA DE CAMBIO | |

| | |
|---|---|
| **Subtotal** | 161.344,00 |
| Descuento detalle | 0,00 |
| Recargo detalle | 0,00 |
| **Total Bruto Factura** | 161.344,00 |
| IVA | 30.655,36 |
| INC | 0,00 |
| Bolsas | 0,00 |
| Otros impuestos | 0,00 |
| **Total impuesto (=)** | 30.655,36 |
| **Total neto factura (=)** | 191.999,36 |
| Descuento Global (-) | 0,00 |
| Recargo Global (+) | 0,00 |
| **Total factura (=)** | **COP $** $ 191.999,36 |

**Valores informativos**

| **ANTICIPOS** | |
|---|---|
| Anticipos | 0,00 |

| **RETENCIONES** | |
|---|---|
| Rete fuente | 0,00 |
| Rete IVA | 0,00 |
| Rete ICA | 0,00 |

Numero de Autorización: 18764082661269 Rango desde: 1 Rango hasta: 200 Vigencia: 2026-10-31