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

Documento soporte por compras a sujetos no obligados a facturar
No. DS 1612

Proveedor	ERIKA PATRICIA POLO PADILLA		
Nit	1.041.265.116-3	**Teléfono**	(604) 0000000 - Ext. 000
Dirección	No aplica	**Ciudad**	San Pedro De Uraba - Colombia

Fecha de compra	Fecha de Vencimiento
2025-11-14	2025-11-15

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Unitario	Vr. Total
1	Prestador de Servicio	1.00	1,224,170.00	1,224,170.00

Valor en Letras:
Un millón doscientos veinticuatro mil ciento setenta pesos m/cte

Condiciones de Pago:
Crédito proveedores - Cuota No. 001 vence el 2025-11-15 por $ 1,224,170.00

Total Bruto	1,224,170.00
Total a Pagar	1,224,170.00

Observaciones:
PS NOVIEMBRE 607 EICA SAN PEDRO

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

CUDS: de0b9f1c7972480e32aff5fa53d3e5feb2c24410615548b993effdd3a9d1b10f909d7eb36a8f322354e757bf1dcb5187

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

Cuenta de Cobro N 5

RESGUARDO INDIGENA RIO ALTO SAN JUAN
Nit: 901788315-5

Debe a:

Nombre: Erika Patricia Polo Padilla Fecha: 15/11/2025

Identificación: 1041265116
Dirección: San Pedro de Urabá

Número de cuenta: 64584144635

Tipo de cuenta: Ahorros

Banco: Bancolombia

Por concepto de: Prestación servicios en el cargo de Agente Pedagógico Valor: $

1.224. 170

Certificado para retenciones 2025

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

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

Firma



Nombre: Erika Patricia Polo Padilla
Identificación: 1041265116

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

Yo Erika Patricia Polo Padilla, Identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1041265116 domiciliado en san pedro de Urabá, declaro bajo la gravedad de juramento y acepto que:

1. Bajo la gravedad de juramento manifiesto que me encuentro en óptimo estado de salud para realizar las actividades encomendadas y que no estoy ocultando ninguna enfermedad o dolencia **AL CONTRATANTE** al momento de firmar el contrato de prestación de servicios y me comprometo a avisar inmediatamente o a más tardar al día siguiente de ocurrido cualquier hecho que menoscabe mi salud, por algún medio **AL CONTRATANTE** y a reportar cualquier accidente que sufra en función a la **PRESTACIÓN DEL SERVICIO** para la cual fue contratado.
2. Mediante la presente me comprometo a presentar certificación médica que constata lo anteriormente manifestado a más tardar 15 días de la firma del contrato.
3. En caso de que **EL CONTRATISTA** tenga alguna anomalía en su salud a la fecha de terminación de este contrato, lo deberá informar por escrito **AL CONTRATANTE** de no hacerlo se entenderá por parte de **EL CONTRATISTA** que se encuentra en perfecto estado de salud y sin enfermedades o dolencias.
4. **EL CONTRATISTA** declara que posee todas las certificaciones de ley para desempeñar el oficio o cargo aquí especificado y que será el único responsable por la falta o incumplimiento de este requisito y se compromete a presentar las certificaciones cuando lo exija **EL CONTRATISTA.**
5. Así mismo, por medio de este documento, **AUTORIZO** a la **CONTRATANTE** para recabar de otras Administraciones Públicas o privadas los datos, certificados e informes necesarios para comprobar la certeza de los datos que figuran en los documentos requeridos para la elección del jefe de control interno, así como sobre la autenticidad de los documentos cuyas copias se aportan, y cualquier otra información que se precise en la tramitación del expediente que se insta.
6. De igual manera bajo la gravedad de juramento **EL CONTRATISTA** manifiesta que no se encuentro incurso en algún proceso ni esta investigado ni juzgado por delitos sexuales cometidos contra menores de 18 años según la ley 1918 del 2018.

DECLARACIONES ESPECIALES 0. De común acuerdo las partes pactan:

Que, con el ánimo de facilitar el cumplimiento de las obligaciones que tiene el contratante con las entidades a las cuales presta sus servicios, relacionados con la verificación de pago de aportes de seguridad social que realiza el personal contratista, éste autoriza al **CONTRATANTE** para que realice el trámite del pago de la seguridad social y parafiscales y estos sean deducidos de sus honorarios, sin que esto pueda constituirse en una relación laboral. **0.** El contratista autoriza al contratante para realizar el pago de su seguridad social y parafiscales y estos sean deducidos de sus honorarios sin que esto pueda constituirse en una relación laboral.

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

ERIKA POLO PADILLA.

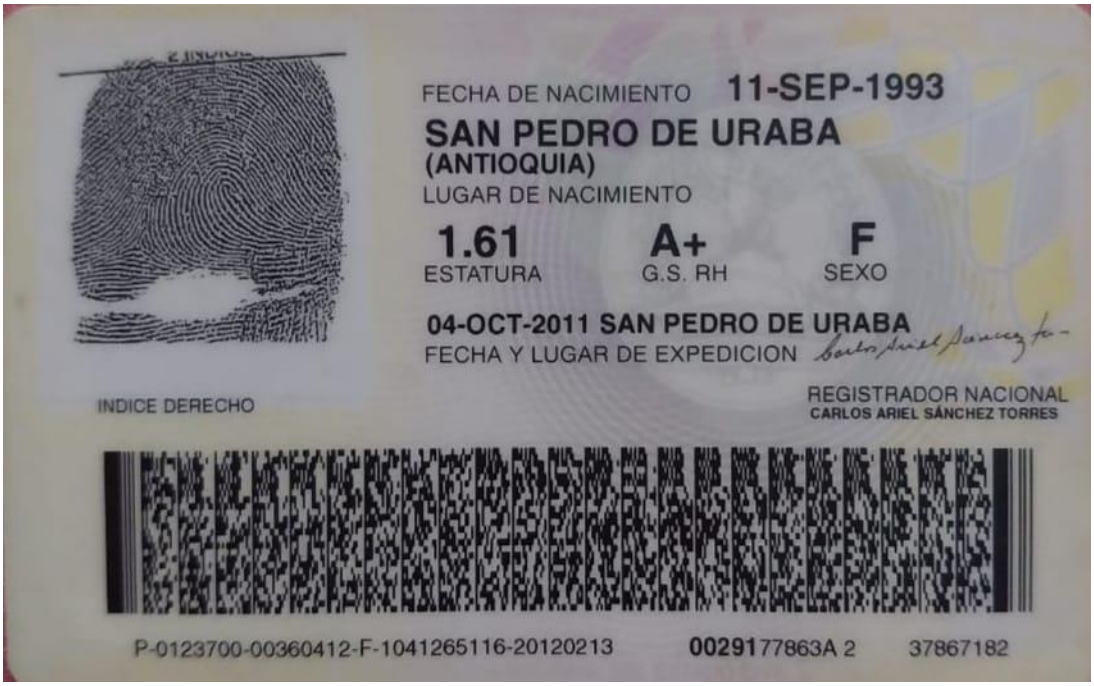
FIRMA DEL CONTRATISTA NOMBRE DEL CONTRATISTA.

Erika Patricia Polo Padilla

CEDULA 1041265116

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


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 1.041.265.116
POLO PADILLA
APELLIDOS
ERIKA PATRICIA
NOMBRES
Erica Polo Padilla
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 11-SEP-1993
SAN PEDRO DE URABA
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.61
ESTATURA
A+
G.S. RH
F
SEXO
04-OCT-2011 SAN PEDRO DE URABA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
INDICE DERECHO
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES
P-0123700-00360412-F-1041265116-20120213
0029177863A 2
37867182

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141188677513

(415)7707212489984(8020) 000014118867751 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
1 0 4 1 2 6 5 1 1 6	3	Impuestos de Medellín	1 1	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1041265116	

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

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
POLO	PADILLA	ERIKA	PATRICIA

35. Razón social

36. Nombre comercial | 37. Sigla

UBICACIÓN

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

41. Dirección principal: CR 39 CL 50 50 A 52 BRR BRISAS DE URABA

42. Correo electrónico: polopadillaerika5@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 0 7 4 4 3 4 4 7	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Numero establecimientos
7 4 9 0	2 0 1 5 0 6 2 3	8 2 9 9	2 0 1 9 0 5 2 3					

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 4 9

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros		Exportadores				
54. Código		55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
				57. Modo			
				58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [X] NO [ ] 60. No. de Folios: 1

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz, en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso. Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012

Firma del solicitante: ERIKA POLO PADILLA 1.041.265.116

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada

984. Nombre: GRACIANO ROBERTO [illegible]

985. Cargo: Gestor I

Fecha generación documento PDF 28-06-2025 01:52:49PM

Powered by CamScanner

Escaneado con CamScanner

Certificación Bancaria

Bancolombia

San Pedro de Urabá, julio 14 de 2025

Señores:
A QUIEN PUEDA INTERESAR

Cordial saludo,

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que **ERIKA PATRICIA POLO PADILLA** identificado(a) con cédula de ciudadanía **1041265116** a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco el siguiente producto:

Nombre Producto	Número Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA AHORROS	645-841446-35	2017/10/26	ACTIVA

Atentamente,

Juan Camilo Mendoza Gutiérrez
Asesor Comercial Móvil
Sucursal - Apartadó
PAM - San Pedro de Urabá.

*** 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: (60-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (60-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (60-5) 361 88 88 - Cali - Local: (60-2) 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.

MOVILIDAD - ASCENDENTES

savia SALUD EPS

No. de Radicado	Fecha de Radicado
	18 07 20 25

I. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo) página 1 de 2

1. Tipo de trámite: A. Afiliación [X] B. Reporte de novedades [ ]
2. Tipo de afiliación: A. Individual [X] - Cotizante o Cabeza de Familia [X] - Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectivo [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. Régimen: A. Contributivo [ ] B. Subsidiado [ ]
4. Continuidad solidaria: SI [ ] NO [X]
5. Tipo de afiliado: A. Cotizante [ ] B. Cabeza de familia [X] C. Beneficiario [ ] D. Afiliado adicional [ ]
6. Tipo de cotizante: A. Dependiente [ ] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]
7. Código (a registrar por la EPS) [ ]

II. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique a afiliado adicional)

8. Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
POLO	PADILLA	ERIKA	PATRICIA

9. Tipo de documento de identidad: CC
10. Número del documento de identidad: 1041265118
11. Sexo biológico: Femenino [X] Masculino [ ]
12. Sexo identificación: F [X] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual
13. Nacionalidad: COLOMBIA
14. Lugar de Nacimiento: País COLOMBIA | Departamento ANTIOQUIA | Municipio SAN PEDRO U
15. Fecha de Nacimiento: 10 09 1993

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

16. Etnia: Otras
17. Comunidad
18. Discapacidad: SI [ ] NO [X] Categoría de la Discapacidad
19. Tiene encuesta SISBEN: SI [ ] NO [X]
20. Clasificación SISBEN: Nivel Nivel 1 Grupo Grupo B
21. Grupo de población especial
22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL: SURA
23. Administradora de Pensiones: PORVENIR
24. Ingreso base de cotización - IBC
25. Tarifa Contribución Solidaria
26. Residencia: Dirección CL 50 B CR 39 | Teléfono fijo 6043001000 | Teléfono celular 3107443447 | Correo electrónico polopadillaerika5@gmail.com
Departamento ANTIOQUIA | Municipio / Distrito SAN PEDRO DE URA | Localidad / Comuna B/ brisas de uraba | Zona: Cabecera [X] Rural Disperso [ ] Centro Poblado [ ] Resto Rural [ ]

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero (a) permanente del cotizante

27. Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

28. Tipo de documento de identidad
29. Número del documento de identidad
30. Sexo biológico: Femenino [ ] Masculino [ ]
31. Sexo identificación: F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual
32. Nacionalidad
33. Lugar de Nacimiento: País | Departamento | Municipio
34. Fecha de Nacimiento

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

35. Apellidos y nombres

	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	36. Tipo de documento de identidad	37. Número del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico: Femenino	Masculino	40. Sexo identificación: F	M	T	NB	Otro	cual	41. Lugar de nacimiento: País	Departamento	Municipio	42. Fecha de nacimiento
B1															D D M M A A A A
B2															D D M M A A A A
B3															D D M M A A A A
B4															D D M M A A A A
B5															D D M M A A A A

Datos complementarios del Beneficiario

	43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBEN: SI	NO	48. Clasificación SISBEN: Nivel	Grupo	49. Discapacidad: SI	NO	Categoría	50. Incapacidad permanente: SI	NO
B1													
B2													
B3													
B4													
B5													

51. Datos de residencia

	Departamento	Municipio/ Distrito	Zona: Cabecera Municipal	Centro Poblado	Rural Disperso	Resto rural	Teléfono fijo y/o celular	52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS

	C	54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)
B1		
B2	ESE HOSPITAL OSCAR EMIRO VERGARA CRUZ	1045
B3		
B4		
B5		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA O RESPONSABLES DEL PAGO

55. Nombre o razón social
56. Tipo de documento de identificación
57. Número del documento de identificación
58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
59. Ubicación: Dirección | Teléfono fijo o Celular | Correo electrónico | Departamento | Municipio/Distrito

CS Escaneado con CamScanner

60. Tipo de Novedad

- [ ] 1. Modificación de datos básicos de identificación
- [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación
- [ ] 3. Actualización del documento de identificación
- [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios
- [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código
- [ ] 6. Reporte de pago a través de un tercero. Código
- [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- [ ] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
- [ ] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando
- [ ] 11. Inscripción EPS retorno al para
- [ ] 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 14 — [ ] A. Régimen Contributivo — [ ] B. Régimen Subsidiado
- [ ] 15. Traslado: [ ] A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen
- [ ] 16. Reporte de fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia
- [ ] 17. Reporte del trámite de protección al cesante
- [ ] 18. Reporte de la calidad de Pre- pensionado
- [ ] 19. Reporte de la calidad de Pensionado
- [ ] 20. Ingreso a Contribución Solidaria
- [ ] 21. Retiro de Contribución Solidaria

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	62 Sexo biológico: Femenino [ ] Masculino [ ]	63. Sexo identificación: F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] Otr [ ] Cual	64. Fecha de nacimiento D D M M A A A A

65. EPS anterior	66. Fecha de novedad	67. Motivo de traslado	68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
movilidad ascendente	D D M M A A A A	Código	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 69. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales
- [ ] 70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción
- [ ] 71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios
- [ ] 72. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud
- [ ] 73. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales
- [ ] 74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran
- [ ] 75. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013
- [ ] 76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto
- [ ] 77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes
- [ ] 78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que se hará cargo del pago de la Contribución Solidaria

Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad

IX. FIRMAS

x ERIKA POLO 1041265116

80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional

81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio

X. ANEXOS

- [ ] 82. Anexo copia del documento de identidad. Cantidad de documentos de identidad anexos: CN [ ] HC [ ] TI [ ] CC [ ] PA [ ] CE [ ] CD [ ] SC [ ] PT [ ]
- [ ] 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente
- [ ] 84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital
- [ ] 85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declara el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital
- [ ] 86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor
- [ ] 87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia
- [ ] 88. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres
- [ ] 89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 2.1.7.3 del Decreto 780 de 2016
- [ ] 90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio

Total [ ]

XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL y/O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

92. Identificación de la Entidad Territorial: Código del municipio	Código del departamento	93. Nombre de la institución

XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

94. Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	95. Firma del funcionario

96. Fecha de radicación D D M M A A A A	97. Fecha de validación D D M M A A A A

OBSERVACIONES:

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario

Escaneado con CamScanner