

11-34800-40-8

NOTIFICACIÓN

Señora
CARMEN LILIANA TRUJILLO OSORIO
Dirección: Carrera 1B# 48X – 40 SUR
E-mail: Klilianita26@hotmail.com
Ciudad

Asunto: Notificación inicio proceso cobro persuasivo proceso CUOTA ALIMENTARIA.

Cordial saludo,

En cumplimiento a lo señalado en la resolución 2476 del 12 de diciembre de 2018 la cual en su artículo 5 se fija como cuota provisional de alimentos a cargo de la señora CARMEN LILIANA TRUJILLO OSORIO.

Que mediante oficios de cobro persuasivo radicado No 202034800000456741 del 21 de diciembre de 2020, radicado No 202134800000050471 del 1 de marzo de 2021 y radicado No 2021348000000112801 del 27 de abril de 2021, el Grupo Recaudo de la regional Bogotá remitió los oficios de cobro persuasivo al domicilio referenciado en la resolución 2476 con el objetivo de notificar el inicio el proceso de cobro.

Atendiendo que a la fecha no ha sido posible adelantar la notificación, se procede a la notificación en los términos del artículo 69 CPACA. Se adjunta al presente aviso copia de los requerimientos a notificar. La cual se considera surtida al finalizar el día siguiente al retiro del aviso, el cual será publicado por el termino de CINCO (5) días.

Expedida en la ciudad de Bogotá a los 30 días del mes de julio de 2021.


SANDRA MILENA TIUSO CESPEDES.
Coordinadora Grupo Recaudo.
Proyectó: Paola A. Cordoba.



Al contestar cite este número



Radicado No:
202034800000456741

Bogota DC, 2020-12-21

Señor
CARMEN LILIANA TRUJILLO OSORIO
CARRERA 1 B # 48 X - 40 SUR DIANA TURBAY - RAFAEL URIBE

Email: klillianita26@hotmail.com

Asunto: Cobro Obligación Cuota Alimentaria

Me permito comunicarle que mediante la Resolución No 2476 del 12 de Diciembre del 2017 la Defensoría de Familia del Centro de Restitución Especializado Creer – Regional Bogota ICBF, dentro del proceso de Filiación adelantado en su contra, se ordenó fijar como cuota provisional de alimentos a cargo de CARMEN LILIANA TRUJILLO OSORIO cedula de ciudadanía 52.435.654 de Bogota por valor de \$100.000.

Conforme a lo anterior, le solicitamos cancelar al ICBF la suma **NOVECIENTOS OCHO MIL CIENTO CUARENTA Y NUEVE PESOS M/Cte (\$908.149)** discriminados de la siguiente manera, teniendo en cuenta lo abonos realizados anteriormente:

SALDO INICIAL	\$ 1.200.000
ABONO TOTAL	\$ 400.000
SALDO CAPITAL	\$ 800.000
SALDO INTERESES	\$ 108.149
VALOR TOTAL A CANCELAR	\$ 908.149

Los cuales deberán consignarse dentro de los treinta (30) días siguientes al recibo de este requerimiento en la cuenta No. **038-06967-0 del Banco Davivienda código 4**, a nombre del ICBF Regional Bogotá con NIT 899999239-2.



Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
Cecilia De la Fuente de Lleras
DIRECCION REGIONAL BOGOTA
Grupo de Recaudo (Bogota)
CLASIFICADA



El futuro
es de todos

Gobierno
de Colombia

Una vez cancelada la obligación debe ser enviado al Grupo Recaudo de la Regional Bogotá el soporte de pago especificando: nombres y apellidos, número de la cedula y teléfono en letra legible al correo electrónico laura.nino@icbf.gov.co.

Lo anterior, con el fin de evitar el inicio de actuaciones de cobro coactivo, en los términos establecidos en la Resolución 5003 del 17 de septiembre de 2020 "Reglamento Interno de Recaudo de Cartera en el ICBF".

Agradecemos la atención y respuesta dentro del término señalado lo cual contribuirá a salvaguardar los recursos públicos de la entidad

Cordialmente,


SANDRA MILENA TIUSO CÉSPEDES
Coordinadora Grupo Recaudo

Proyectó y Elaboró: Laura Marcela Niño – Técnico Administrativo

 ICBFColombia

www.icbf.gov.co

 @ICBFColombia

 @icbfcolombiaoficial

Regional Bogotá Carrera 50 # 26 - 51
Teléfono: 3 2419 00 Ext. 106093

Línea gratuita nacional ICBF
01 8000 91 8080



Al contestar cite este número



Radicado No:
20213480000050471

Bogota DC, 2021-03-01

Señora
CARMEN LILIANA TRUJILLO OSORIO
CARRERA 1 B # 48 X - 40 SUR DIANA TURBAY - RAFAEL URIBE

Email: klilianita26@hotmail.com

Asunto: Cobro Obligación Cuota Alimentaria

Me permito comunicarle que mediante la Resolución No 2476 del 12 de diciembre de 2017 de la Defensoría de Familia del Centro de Restitución Especializado Creer – Regional Bogota ICBF, dentro del proceso de Filiación adelantado en su contra, se ordenó fijar como cuota provisional de alimentos a cargo de CARMEN LILIANA TRUJILLO OSORIO cedula de ciudadanía 52.435.654 de Bogotá por valor de \$100.000.

Conforme a lo anterior, le solicitamos cancelar al ICBF la suma de novecientos **DIECISIETE MIL NOVENTA PESOS M/Cte (\$917.090)** discriminados de la siguiente manera, teniendo en cuenta lo abonos realizados anteriormente:

SALDO INICIAL	\$ 1.200.000
ABONO TOTAL	\$ 400.000
SALDO CAPITAL	\$ 800.000
SALDO INTERESES	\$ 117.090
VALOR TOTAL A CANCELAR	\$ 917.090

Los cuales deberán consignarse dentro de los quince (15) días siguientes al recibo de este requerimiento.

En la imagen relacionada, se detallan los campos y los aspectos que se deben tener en cuenta para diligenciar correctamente el formato de consignación para depósitos en Davivienda, siguiendo las instrucciones que se detallan a continuación:



Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
 Cecilia De la Fuente de Lleras
 DIRECCION REGIONAL BOGOTA
 Grupo de Recaudo (Bogota)
 CLASIFICADA



El futuro
es de todos

Gobierno
de Colombia

- Código Convenio / No. Cuenta:** Ingrese el número de cuenta a la cual realizará la consignación. **CUENTA NO. 038-06967-0 DEL BANCO DAVIVIENDA** a nombre del ICBF Regional Bogotá con NIT 899999239-2.
- Referencia 1:** La referencia debe ser ingresada sin modificaciones, adiciones o eliminaciones de dígitos, ya que si se ingresa de manera errada el sistema no permitirá el recaudo.
- CÓDIGO DEL MENOR 484**
- Referencia 2:** Ingrese el número de cedula o Nit. **DEL RESPONSABLE DE LA TRANSACCIÓN.**
- Valor:** Ingrese el valor exacto a consignar
- Nombre y Apellido:** Ingrese nombre del RESPONSABLE DEL TRÁMITE. **Debe ser el Nombre de la persona a la que corresponde la consignación y NO el de la persona que realiza el deposito.**
- Teléfono:** Ingrese el número de teléfono del RESPONSABLE DEL TRÁMITE. **Debe ser el número de teléfono de la persona a la que corresponde la consignación y NO el de la persona que realiza el deposito.**
- Ciudad:** Ingrese la ciudad.
- Seleccione el tipo de documento e ingrese el número. **Debe ser el número de teléfono de la persona a la que corresponde la consignación y NO el de la persona que realiza el deposito.**
- Firme el volante.

DAVIVIENDA **FORMATO DE CONVENIOS EMPRESARIALES**
 (92)02500738291695

DATOS DEL CONVENIO		Sello del cliente
Nombre del convenio	Código convenio / No. cuenta No. 1	
Referencia 1 No. 2	Referencia 2 No. 3	Sello del cliente
No factura valor	No factura valor	
FORMA DE PAGO RECAUDO / FUNCIÓN		
<input type="radio"/> Efectivo	<input type="radio"/> Cheque	LINGÜA CUENTA O TARJETA DE CREDITO
		<input type="radio"/> Cuenta de Ahorro
		<input type="radio"/> Cuenta Corriente
		<input type="radio"/> Tarjeta de Crédito
		No. de cuenta
RELACION DE CHEQUES LOCALES		
Código banco	No. Cheque	Valor
	No. cheque del cheque	
		Total efectivo / Cartera e cuenta o tarjeta: No. 4
		Total cheques: 1
		Total: 1
DATOS DEL BENEFICIARIO		
Nombre del beneficiario	Identificación del beneficiario	Valor a cobrar
PAGO DE LA BILLETE		
<input type="radio"/> Plazo abierto	<input type="radio"/> Plazo cerrado	Número de billete / Plazo
		Período Recaudado (AAAA-MM)
DATOS DE QUIEN REALIZA LA TRANSACCIÓN		
Nombre y apellido No. 5	Número No. 6	Ciudad No. 7
Documento de identidad <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> NIT	No. documento No. 8	No. 9
		Plazo de ejecución de la transacción
		Fecha

El Banco Davivienda S.A. actúa bajo la exclusiva responsabilidad de Davivienda Compañía S.A. y Compañía Bancaria S.A., de la parte de donde diligenciar el presente formulario con el objetivo de la recaudo. Los cheques depositados en esta consignación serán depositados en el mismo día de depósito y serán abonados al día siguiente de la fecha de depósito. El banco no se responsabiliza por el pago de cheques emitidos por terceros que no sean clientes del banco Davivienda S.A. o de sus filiales. El banco no se responsabiliza por el pago de cheques emitidos por terceros que no sean clientes del banco Davivienda S.A. o de sus filiales. El banco no se responsabiliza por el pago de cheques emitidos por terceros que no sean clientes del banco Davivienda S.A. o de sus filiales.

BANCO



Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
Cecilia De la Fuente de Lleras
DIRECCION REGIONAL BOGOTA
Grupo de Recaudo (Bogota)
CLASIFICADA



**El futuro
es de todos**

GOBIERNO
de Colombia

Una vez cancelada la obligación debe ser enviado al Grupo Recaudo de la Regional Bogotá el soporte de pago especificando: nombres y apellidos, número de la cedula y teléfono en letra legible al correo electrónico paola.cordoba@icbf.gov.co.

Lo anterior, con el fin de evitar el inicio de actuaciones de cobro coactivo, en los términos establecidos en la Resolución 5003 del 17 de septiembre de 2020 "Reglamento Interno de Recaudo de Cartera en el ICBF".

Agradecemos la atención y respuesta dentro del término señalado lo cual contribuirá a salvaguardar los recursos públicos de la entidad

Cordialmente,


SANDRA MILENA TÍUSO CÉSPEDES
Coordinadora Grupo Recaudo

Proyectó y Elaboró: Paola A. Cordoba – Técnico Administrativo

 ICBFColombia

www.icbf.gov.co

 @ICBFColombia

 @icbfcolombiaoficial

Regional Bogotá Carrera 50 # 26 - 51
Teléfono: 3 2419 00 Ext. 106093

Línea gratuita nacional ICBF
01 8000 91 8080



Al contestar cite este número



Radicado No:
20213480000112801

Bogota DC, 2021-04-27

Señora
CARMEN LILIANA TRUJILLO OSORIO
CARRERA 1 B # 48 X - 40 SUR DIANA TURBAY - RAFAEL URIBE

Email: No Registra

Asunto: Cobro Obligación Cuota Alimentaria.

Me permito comunicarle que mediante la Resolución No 2476 del 12 de diciembre de 2017 de la Defensoría de Familia del Centro de Restitución Especializado Creer – Regional Bogota ICBF, dentro del proceso de Filiación adelantado en su contra, se ordenó fijar como cuota provisional de alimentos a cargo de **CARMEN LILIANA TRUJILLO OSORIO** cedula de ciudadanía 52.435.654 de Bogotá, por valor de \$100.000.

Conforme a lo anterior, le solicitamos cancelar al ICBF la suma **NOVECIENTOS VEINTICUATRO MIL TRESCIENTOS SETENTA PESOS M/Cte (\$924.370)** discriminados de la siguiente manera, teniendo en cuenta lo abonos realizados anteriormente:

SALDO INICIAL	\$ 1.200.000
ABONO TOTAL	\$ 400.000
SALDO CAPITAL	\$ 800.000
SALDO INTERESES	\$ 124.370
VALOR TOTAL A CANCELAR	\$ 924.370

Los cuales deberán consignarse dentro de los quince (15) días siguientes al recibo de este requerimiento.

En la imagen relacionada, se detallan los campos y los aspectos que se deben tener en cuenta para diligenciar correctamente el formato de consignación para depósitos en Davivienda, siguiendo las instrucciones que se detallan a continuación:



Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
Cecilia De la Fuente de Lleras
DIRECCION REGIONAL BOGOTA
Grupo de Recaudo (Bogota)
CLASIFICADA



El futuro
es de todos

Gobierno
de Colombia

- Código Convenio / No. Cuenta:** Ingrese el número de cuenta a la cual realizará la consignación. **CUENTA NO. 038-06967-0 DEL BANCO DAVIVIENDA** a nombre del ICBF Regional Bogotá con NIT 899999239-2.
- Referencia 1:** La referencia debe ser ingresada sin modificaciones, adiciones o eliminaciones de dígitos, ya que si se ingresa de manera errada el sistema no permitirá el recaudo.
- CÓDIGO DEL MENOR 484**
- Referencia 2:** Ingrese el número de cedula o Nit. **DEL RESPONSABLE DE LA TRANSACCIÓN.**
- Valor:** Ingrese el valor exacto a consignar
- Nombre y Apellido:** Ingrese nombre del RESPONSABLE DEL TRÁMITE. Debe ser el Nombre de la persona a la que corresponde la consignación y NO el de la persona que realiza el deposito.
- Teléfono:** Ingrese el número de teléfono del RESPONSABLE DEL TRÁMITE. Debe ser el número de teléfono de la persona a la que corresponde la consignación y NO el de la persona que realiza el deposito.
- Ciudad:** Ingrese la ciudad.
- Seleccione el tipo de documento e ingrese el número. Debe ser el número de teléfono de la persona a la que corresponde la consignación y NO el de la persona que realiza el deposito.
- Firme el volante.

DAVIVIENDA  **FORMATO DE CONVENIOS EMPRESARIALES**
(92)02500738291695

DATOS DEL CONVENIO		Código convenio / No. cuenta No. 1		Fecha del pago
Referencia 1 No. 2	Referencia 2 No. 3	No factura	IMP	
No factura	IMP	No factura	IMP	
FORMA DE PAGO RECAUDO / PLANILLA		CARGO A CUENTA O TRÁMITE DE CREDITO		
<input type="radio"/> Efectivo	<input type="radio"/> Cheque	<input type="radio"/> Cuenta de Ahorro	<input type="radio"/> Cuenta Corriente	<input type="radio"/> Tarjeta de Crédito
RELACION DE CHEQUES SOCIALES		No. de cuentas		
Código banco	No. Cheque	No. cuenta del cheque	Valor	Total efectivo / Cargo a Cuenta o Tarjeta No. 4
				No cheque
				Total cheque 5
				IMP 5
CONCEPTO PARA IDENTIFICACION		Valor a 5		
Nombre del beneficiario		Identificación del beneficiario		CÉDULA 5
PAGO DE PLANILLA		Número planilla / Per. Cuentas		
<input type="radio"/> Planilla asociada		<input type="radio"/> Per. Cuentas		
Período facturado (AAAA-MM)				
DATOS DE QUIEN REALIZA LA TRANSACCION		Fecha de quien realiza la transacción		
Nombre y apellido No. 5	Teléfono No. 6	Ciudad No. 7	No. 8	
Documento identidad <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> NIT	No. documento No. 8	Fecha de quien realiza la transacción		

© Banco Davivienda S.A. artículo de escritura registral de la Cámara de Comercio de Bogotá. Este formato de pago es propiedad de Banco Davivienda S.A. y no puede ser utilizado sin el consentimiento escrito de Banco Davivienda S.A. Este formato de pago es propiedad de Banco Davivienda S.A. y no puede ser utilizado sin el consentimiento escrito de Banco Davivienda S.A. Este formato de pago es propiedad de Banco Davivienda S.A. y no puede ser utilizado sin el consentimiento escrito de Banco Davivienda S.A.

- BANCO -

ICBFColombia

www.icbf.gov.co

@ICBFColombia

@icbfcolombiaoficial

Regional Bogotá Carrera 50# 26 - 51
Teléfono: 3 2419 00 Ext. 106093

Línea gratuita nacional ICBF
01 8000 91 8080



Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
Cecilia De la Fuente de Lleras
DIRECCION REGIONAL BOGOTA
Grupo de Recaudo (Bogota)
CLASIFICADA



El futuro
es de todos

Gobierno
de Colombia

Una vez cancelada la obligación debe ser enviado al Grupo Recaudo de la Regional Bogotá el soporte de pago especificando: nombres y apellidos, número de la cedula y teléfono en letra legible al correo electrónico paola.cordoba@icbf.gov.co.

Lo anterior, con el fin de evitar el inicio de actuaciones de cobro coactivo, en los términos establecidos en la Resolución 5003 del 17 de septiembre de 2020 "Reglamento Interno de Recaudo de Cartera en el ICBF".

Agradecemos la atención y respuesta dentro del término señalado lo cual contribuirá a salvaguardar los recursos públicos de la entidad

Cordialmente,


SANDRA MILENA TIUSO CESPEDES
Coordinadora Grupo Recaudo

Proyectó y Elaboró: Paola A. Cordoba – Técnico Administrativo

 ICBFColombia

www.icbf.gov.co

 @ICBFColombia

 @icbfcolombiaoficial

Regional Bogotá Carrera 50 # 26 - 51
Teléfono: 3 2419 00 Ext. 106093

Línea gratuita nacional ICBF
01 8000 91 8080