

11-34800-40-8

NOTIFICACIÓN

Señora
DIANA MARCELA MORALES LEON
Dirección: Carrera 19F No 68-39 sur
Ciudad

Asunto: Notificación inicio proceso cobro persuasivo proceso CUOTA ALIMENTARIA.


Cordial saludo,

En cumplimiento a lo señalado en la resolución 3009 del 21 de febrero de 2018 la cual en su artículo 5 se fija como cuota provisional de alimentos a cargo de la señora DIANA MARCELA MORALES LEON.

Que mediante oficios de cobro persuasivo radicado No 20203480000027241 del 9 de febrero de 2021, radicado No 202134800000062281 del 11 de marzo de 2021 y radicado No 202134800000112981 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 3009 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:
202134800000027241

Bogota DC, 2021-02-09

Señor
DIANA MARCELA MORALES LEON
CARRERA 19 F # 68 - 39 SUR BARRIO SAN FRANCISCO - CIUDAD BOLIVAR

Email: No registra

Asunto: Cobro Obligación Cuota Alimentaria

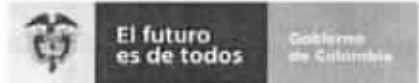
Me permito comunicarle que mediante la Resolución No 3009 del 21 de Febrero del 2018 la Defensoría de Familia del Centro de Restitución Especializado Creer – Regional Bogota ICBF, dentro del proceso de Filiación adelantado en su contra, se ordenó fijar como cuota provisional de alimentos a cargo de DIANA MARCELA MORALES LEON cedula de ciudadanía 52.858.916 de Bogota por valor de \$80.000.

Conforme a lo anterior, le solicitamos cancelar al ICBF la suma **CUATROCIENTOS CINCUENTA Y NUEVE MIL SEISCIENTOS VEINTI UN PESOS M/Cte (\$459.621)** discriminados de la siguiente manera, teniendo en cuenta lo abonos realizados anteriormente:

SALDO INICIAL	\$ 560.000
ABONO TOTAL	\$ 160.000
SALDO CAPITAL	\$ 400.000
SALDO INTERESES	\$ 59.621
VALOR TOTAL A CANCELAR	\$ 459.621

Los cuales deberán consignarse dentro de los treinta (30) 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:



- 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	
Referencia 1 No. 2	Referencia 2 No. 3	Fecha del convenio	
No. Factura	No. Factura		
FORMA DE PAGO DE CARGO / PLANILLA			
<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 cuenta	
Código banco	No. Cheque	No. cuenta del cheque	Valor
		Total efectivo / Cargo a cuenta o Tarjeta No. 4	
		Total cheques	
		Total	
IDENTIFICACION DEL BENEFICIARIO			
Nombre del beneficiario		Identificación del beneficiario	
Valor a cobrar		Valor a cobrar	
PAGO DE PLANILLA			
<input type="radio"/> Rendita acordada <input type="radio"/> Pensión		Número pensión / Pensión	
		Período liquidado (AAAA/MM)	
SEÑALOS DE IDENTIFICACION DE LA TRANSACCION			
Nombre y apellido No. 5		Teléfono No. 6	Ciudad No. 7
Documento identidad <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> NI		No. documento No. 8	No. 9
		Fecha de que se realiza la transacción	
		Firma	

El Banco Davivienda S.A. actúa bajo la licencia especial de recaudo del ICBF. El convenio de recaudo es un contrato de prestación de servicios celebrado en su calidad de agente de recaudo. Los fondos recaudados en esta consignación serán depositados en el Banco Davivienda S.A. y serán destinados al ICBF Regional Bogotá. El convenio de recaudo es un contrato de prestación de servicios celebrado en su calidad de agente de recaudo. Los fondos recaudados en esta consignación serán depositados en el Banco Davivienda S.A. y serán destinados al ICBF Regional Bogotá.

- BANCO -



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



Al contestar cite este número



Radicado No:
202134800000062281

Bogota DC, 2021-03-11

Señora

DIANA MARCELA MORALES LEON

CARRERA 19 F # 68 - 39 SUR BARRIO SAN FRANCISCO - CIUDAD BOLIVAR

Email: No registra

Asunto: Cobro Obligación Cuota Alimentaria.

Me permito comunicarle que mediante la Resolución No 3009 del 21 de febrero de 2018 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 **DIANA MARCELA MORALES LEON** cedula de ciudadanía 52.858.916 de Bogotá por valor de \$80.000

Conforme a lo anterior, le solicitamos cancelar al ICBF la suma **QUINIENTOS CUARENTA Y NUEVE MIL TRESCIENTOS SESENTA Y SEIS PESOS M/Cte (\$549.366)** discriminados de la siguiente manera, teniendo en cuenta lo abonos realizados anteriormente:

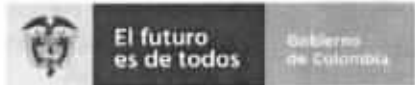
SALDO INICIAL	\$ 560.000
ABONO TOTAL	\$ 160.000
SALDO CAPITAL	\$ 400.000
SALDO INTERESES	\$ 61.537
VALOR TOTAL A CANCELAR	\$ 461.537

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



- 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.**




FORMATO DE CONVENIOS EMPRESARIALES

(92)02500738291895

DETALLE DEL CONVENIO		Código convenio/ No. cuenta No. 1		
Nombre del convenio		Referencia 1 No. 2		
		Referencia 2 No. 3		
No. Factura	Valor	No. Factura	Valor	
Fecha del pago:				
FORMA DE PAGO RECIBIDO / REMISIÓN				
<input type="radio"/> Efectivo <input type="radio"/> Cheque		CARGO A CUENTA O TARJETA DE CREDITO <input type="radio"/> Cuenta de Ahorro <input type="radio"/> Cuenta Corriente <input type="radio"/> Tarjeta de Crédito		
RELACION DE CHEQUES SUJECOS Código banco No. Cheque No. cuenta del cheque Valor		No. de cuentas: _____ Total efectivo / Cargo a cuenta o tarjeta: No. 4 <input type="radio"/> No cheques Total cheque: _____ Total: _____		
CONSEJO FAMILIAR				
Nombre del beneficiario:		Identificación del beneficiario:		Valor a cobrar: 5
PAGO DE LA FAMILIA				
<input type="radio"/> Remesa automática <input type="radio"/> Sin cargo <input type="radio"/> Monotransferencia <input type="radio"/> Permisos solicitados (AAAA,MM)				
DATOS DE CONTACTO DEL RESPONSABLE DE LA TRANSACCIÓN				
Nombre y apellido: No. 5		Teléfono: No. 6	Ciudad: No. 7	No. 9
Documento de identidad: DCC DCE DCT DNT		No. documento: No. 8		Fecha de ejecución de la transacción: _____

El Banco Davivienda S.A. actúa bajo la supervisión y responsabilidad de Bancolombia (Bancolombia S.A.), por lo tanto se aplica el régimen jurídico mencionado con el otorgamiento de los recursos otorgados en el trámite. Este Cheque Presentado en este procedimiento ante el grupo de recaudo permite que el sistema de recaudo de la familia pueda ser pagado, el cheque puede ser devuelto en su calidad de cheque no pagado. El pago con cheque a través de medio móvil requiere de una autorización y autorización de la empresa recaudadora. Continúe con el trámite de pago.

- 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 TIUSO 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:
20213480000112981

Bogota DC, 2021-04-27

Señora

DIANA MARCELA MORALES LEON

CARRERA 19 F # 68 - 39 SUR BARRIO SAN FRANCISCO - CIUDAD BOLIVAR

Email: No Registra

Asunto: Cobro Obligación Cuota Alimentaria.

Me permito comunicarle que mediante la Resolución No 3009 del 21 de febrero de 2018 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 **DIANA MARCELA MORALES LEON** cedula de ciudadanía 52.858.916 de Bogotá por valor de \$80.000.

Conforme a lo anterior, le solicitamos cancelar al ICBF la suma **CUATROCIENTOS SESENTA Y CUATRO MIL QUINIENTOS TREINTA Y OCHO PESOS M/Cte (\$464.538)** discriminados de la siguiente manera, teniendo en cuenta lo abonos realizados anteriormente:

SALDO INICIAL	\$ 560.000
ABONO TOTAL	\$ 160.000
SALDO CAPITAL	\$ 400.000
SALDO INTERESES	\$ 64.538
VALOR TOTAL A CANCELAR	\$ 464.538

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:



- 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.




FORMATO DE CONVENIOS EMPRESARIALES

(92)02500738291695

DATOS DEL CONVENIO		Código convenio / No. cuenta No. 1		Sello del usuario
Referencia 1 No. 2	Referencia 2 No. 3	No. Factura	Valor	
No. Factura	Valor	No. Factura	Valor	
FORMA DE PAGO RECAUDO / PLANILLA		CARGO A CUENTA O TARJETA 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*		
RELACIONE CHEQUES SOCIALES Código banco No. Cheque No. cuenta del cheque Valor		Total efectivo / Cargo a cuenta o Tarjeta: No. 4 <input type="radio"/> No cheques Total cheque: 1 Total: 1		
CONVO POR VENTANA LA				
Nombre del beneficiario		Identificación del beneficiario		Valor a cobrar: 1
REGISTRO PLANILLA				
<input type="radio"/> Planilla automática <input type="radio"/> No automática		Número planilla / Período Período liquidado (AAAA/MM)		
DATOS DE QUIEN REALIZA LA TRANSACCIÓN				
Nombre y apellidos No. 5		Cédula No. 6	Ciudad No. 7	No. 9
Documento de identidad: <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> NIT		Número documento No. 8 Firma de quien realiza la transacción		

El Banco Davivienda S.A. está sujeta a revisión regulatoria de Bancolombia S.A. y Caracolcomercios S.A., por lo tanto se acuerda obligar al usuario recurrente con la operación de negocio realizada en su nombre. Los cheques depositados en esta consignación serán objeto de verificación por parte del Banco Davivienda S.A. y Caracolcomercios S.A. y Caracolcomercios S.A. *Por pagar con cheque o tarjeta de crédito, el día de la emisión de la transacción. Consulte con el banco el día de la emisión y los requisitos de cada uno de los bancos para el pago de los cheques. *Por pagar con cheque o tarjeta de crédito, el día de la emisión de la transacción. Consulte con el banco el día de la emisión y los requisitos de cada uno de los bancos para el pago de los cheques.

- 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 TIUSO CESPEDES
Coordinadora Grupo Recaudo

Proyecto y Elaboro: 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