GOBERNACIÓN DE SANTANDER **Nit: 890201235-6**
Folios: 2. **Anexos**: No.
Proc #: 2003361 **Fecha**: XXXX-XX-XX XX:XX
Tercero: DEP_37 Dirección de Contabilidad
Dep Radicadora: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
Clase Doc: Interno **Tipo Doc**: Carta **Consec**: XXXXXX-XXXXX
***AL RESPONDER CITE ESTE NUMERO RADICACIÓN #**: XXXXXXXXX*

SOLICITUD DE OBLIGACIÓN CONTRAÍDA

Uso exclusivo Dirección de Contabilidad – Recursos Financieros Secretaría de Salud – Equipo de Contabilidad SED

Radicado No.	**Fecha y Hora:**	**No. Folios**

BENEFICIARIO :	**JEFERSON ARLEY JAIMES LAGUADO**								
C.C. o NIT :	1.095.812.994 de Floridablanca								
VALOR :	UN MILLON SETECIENTOS CINCUENTA MIL PESOS ($1.750.000=)								
DOCUMENTO PRINCIPAL	**Contrato**	X	**Convenio**		**Resolución**		**No.**	CO1.PCCNTR.2835732	**Fecha** 09/09/2021
	Adicional		**Otro**				**No.**		**Fecha**

Número BPIN.

Número SEPPI. 20210680000001

NOTA: SOLAMENTE SE DILIGENCIA la casilla **Número BPIN** si el pago corresponde a PROYECTOS financiados por el Sistema General de Regalías (SGR) ó **Número SSEPI** si corresponde a PROYECTOS registrados en el Banco de Proyectos de Inversión Departamental

DOCUMENTOS ANEXOS :	**Pago Seguridad Social y Parafiscales**	**X**	**Certificación Bancaria**	**X**	**Certificación Aportes Sena en Contratos de Obra**			
	Entrada Almacén		**Rembolsos de Caja Menor**		**Resolución**			
	Otros							

CDP No.: 21002147	**RP No.: 21008453**	**Rubro Presupuestal: 2.3.2.02.02.008.45.99**	**Fuente de Recursos: FONPET 10% ICLD REC BCE**	**Vigencia: 2021**

Periodo a Cobrar	**Desde: 17/11/2021**	**Hasta: 01/12/2021**	**Acta**	**X**	**Parcial**		**No.**	**FINAL**
			Informe Supervisión	**X**	**Final**	**X**		

CONCEPTO:	**Anticipo**	**%**	**Desembolso**		**Pago Anticipado**	
	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO ABOGADO EN LA OFICINA JURÍDICA DEL DEPARTAMENTO DE SANTANDER DENTRO DEL MARCO DEL PROYECTO SERVICIO DE ASESORÍA PROFESIONAL, APOYO A LA GESTIÓN Y ASISTENCIA TÉCNICA PARA EL FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL EN EL DEPARTAMENTO DE SANTANDER.					

RESPONSABLE:

Su firma se imprimirá Aquí

NOMBRE DEL REMITENTE
CARGO DEL REMITENTE

Uso exclusivo Dirección de Contabilidad – Recursos Financieros Secretaría de Salud – Equipo de Contabilidad SED

LIQUIDACIÓN DESCUENTOS

CONCEPTO	BASE	VALOR RETENCIONES Y/O DEDUCCIONES	ESTAMPILLAS
Vr. Antes de IVA			Pro Hospital
IVA			Pro UIS
R. Fuente 1			Pro Desarrollo
R. Fuente 2			Pro Electrificación
R. Fuente 3			Pro Cultura
R. ICA			Pro Reforestación
Conmoción			Pro Bienest. A. Mayor
Otros			Pro Anciano

OBSERVACIONES

TELEFONO: 320 -2590277

GOBERNACIÓN DE SANTANDER **Nit: 890201235-6**
Folios: 2. **Anexos**: No.
Proc #: 2003361 **Fecha**: XXXX-XX-XX XX:XX
Tercero: DEP_37 Dirección de Contabilidad
Dep Radicadora: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
Clase Doc: Interno **Tipo Doc**: Carta **Consec**: XXXXXX-XXXXX
***AL RESPONDER CITE ESTE NUMERO RADICACIÓN #**: XXXXXXXXX*