

|                                                                                                          |                                                     |                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|----------------------------------|
| <b>INDERBU</b><br><small>Instituto de la Juventud, el Deporte<br/>y la Recreación de Bucaramanga</small> | <b>PROCESO: GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA</b> | <b>CÓDIGO:</b><br>PA.02-PD03-F01 |
|                                                                                                          | <b>CONTROL DE TRAMITE DE CUENTAS</b>                | <b>VERSIÓN: 05</b>               |
|                                                                                                          |                                                     | <b>FECHA: 12/12/2022</b>         |

|                               |  |                            |                         |
|-------------------------------|--|----------------------------|-------------------------|
| <b>Oficina Gestora</b>        |  | SUBDIRECCIÓN TECNICA       |                         |
| <b>No. de Contrato</b>        |  | 082-CD-2024 ✓              | <b>Informe No.</b> 04 ✓ |
| <b>Nombre del Contratista</b> |  | LEIDY DIANA CACUA LOZADA ✓ |                         |
| <b>Nombre del Supervisor</b>  |  | MABEL MOSQUERA MENA        |                         |

| Ítem | Aspecto a verificar                                                                                                                 | Cumple       |     | VoBo Supervisor | Observaciones de la verificación                                                                                      |
|------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|-----|-----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|      |                                                                                                                                     | Si           | N/A |                 |                                                                                                                       |
| 1    | Estampilla Procultura.<br>Contrato o Convenio >15 SMMLV                                                                             |              | X   |                 | Descontar en la orden de pago                                                                                         |
| 2    | Estampilla Pro Bienestar del Adulto mayor. Contrato o Convenio >= \$1                                                               | X            |     |                 | Descontar en la orden de pago                                                                                         |
| 3    | Cuenta de cobro o Factura Electrónica                                                                                               | X            |     |                 |                                                                                                                       |
| 4    | Entrada a almacén (Contratos de compra y suministro)                                                                                |              | X   |                 |                                                                                                                       |
| 5    | Certificación bajo la gravedad de juramento para efectos tributarios- Retefuente rentas de trabajo personas naturales *(PC)         |              | X   |                 |                                                                                                                       |
| 6    | Copia Certificación bancaria *(PC)                                                                                                  |              | X   |                 |                                                                                                                       |
| 7    | Copia Planilla pago seguridad social                                                                                                | X            |     |                 |                                                                                                                       |
| 8    | Certificado de cumplimiento de obligaciones de seguridad social y parafiscales expedido por el revisor fiscal o representante legal |              | X   |                 |                                                                                                                       |
| 9    | Certificado de afiliación a la Administradora de Riesgos Laborales ARL *(PC)                                                        |              | X   |                 | Verificado digitalmente. Afiliación corresponde al plazo del contrato, acta de inicio y planilla de seguridad social. |
| 10   | Estampillas departamentales                                                                                                         | Pro Uis      | X   |                 |                                                                                                                       |
|      |                                                                                                                                     | Pro Hospital | X   |                 |                                                                                                                       |
| 11   | Informe de obligaciones contractuales y certificación de supervisión con evidencias                                                 | X            |     |                 |                                                                                                                       |
| 12   | Paz y Salvo almacén                                                                                                                 |              | X   |                 |                                                                                                                       |
| 13   | Certificado de tarifa Reteica (responsables impuesto del ICA Acuerdo 033 de 2020)                                                   |              | X   |                 |                                                                                                                       |
| 14   | Registro Único Tributario - RUT actualizado vigencia actual para Entidades Sin Ánimo de Lucro *(PC)                                 |              | X   |                 |                                                                                                                       |
| 15   | Acta de liquidación o Acta de terminación                                                                                           | X            |     |                 |                                                                                                                       |

\* PC = Primera cuenta o modificación

Recepcionó y revisó:

Danda Parado

|                                                |  |                                      |  |                                                                      |  |
|------------------------------------------------|--|--------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------|--|
| <b>Fecha de verificación</b>                   |  | <b>Conclusión de la verificación</b> |  | Aprobado <input type="checkbox"/> Rechazado <input type="checkbox"/> |  |
| <b>Sub. Administrativa y Finan.</b>            |  |                                      |  |                                                                      |  |
| <b>Verificado Sub. Administrativa y Finan.</b> |  | <b>Firma</b>                         |  | <b>Radicado</b>                                                      |  |
|                                                |  |                                      |  |                                                                      |  |
| <b>Observaciones</b>                           |  |                                      |  |                                                                      |  |
|                                                |  |                                      |  |                                                                      |  |
| <b>Fecha de publicación SIA OBSERVA</b>        |  | <b>Firma Responsable</b>             |  |                                                                      |  |
|                                                |  |                                      |  |                                                                      |  |
| <b>Fecha de verificación</b>                   |  | <b>Conclusión de la verificación</b> |  | Aprobado <input type="checkbox"/> Rechazado <input type="checkbox"/> |  |
| <b>Sub. Administrativa y Finan.</b>            |  |                                      |  |                                                                      |  |
| <b>Verificado Sub. Administrativa y Finan.</b> |  | <b>Firma</b>                         |  | <b>Radicado</b>                                                      |  |
|                                                |  |                                      |  |                                                                      |  |

INSTITUTO DE LA JUVENTUD, EL DEPORTE Y LA RECREACIÓN DE BUCARAMANGA - INDERBU

NIT. 804.002.166-1

DEBE A

|                        |                          |
|------------------------|--------------------------|
| Nombre del Contratista | LEIDY DIANA CACUA LOZADA |
|------------------------|--------------------------|

|             |               |
|-------------|---------------|
| Contrato N° | 082-CD - 2024 |
|-------------|---------------|

|     |            |
|-----|------------|
| RUT | 63523897-3 |
|-----|------------|

|          |            |
|----------|------------|
| Teléfono | 3182863693 |
|----------|------------|

|                    |           |          |             |
|--------------------|-----------|----------|-------------|
| Banco: Bancolombia | C. Aho. X | C.Cr No. | 09015172361 |
|--------------------|-----------|----------|-------------|

| CONCEPTO                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | FECHA DE INICIO<br>(DD/MM/AA) | FECHA<br>TERMINACION<br>(DD/MM/AA) | VALOR MENSUAL | VALOR<br>TOTAL |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|------------------------------------|---------------|----------------|
| PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES EN EL DESARROLLO DE LOS DIFERENTES PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS INTERNOS QUE SE REQUIEREN PARA EL DESARROLLO DEL PROYECTO "ADMINISTRACION Y MANTENIMIENTO DE LOS ESCENARIOS Y CAMPOS DEPORTIVOS EN EL MUNICIPIO DE BUCARAMANGA" DE LA SUBDIRECCION TECNICA DEL INDERBU. | 14-may-24                     | 13-jun-24                          | \$ 4.000.000  | \$ 4.000.000   |
| TOTALES                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                               |                                    | \$ 4.000.000  | \$ 4.000.000   |

| Anexos Cuenta de Cobro                            |    |                               |  |
|---------------------------------------------------|----|-------------------------------|--|
| Planilla pagos a seguridad social.                | SI | Solicitud Aportes Cuentas AFC |  |
| Solicitud Aportes fondo de pensiones voluntarias. |    | Otros                         |  |

| CALCULO APORTES OBLIGATORIOS A SEGURIDAD SOCIAL<br>(SALUD, PENSIÓN Y ARL) |           |
|---------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Aporte obligatorio a salud (12,5%) Minimo                                 | \$325.000 |
| Aporte obligatorio a pensión (16%) Minimo                                 | \$416.000 |
| Aportes a Riesgos laborales (ARL)                                         | \$13.600  |
| Total Aportes Obligatorios                                                | \$754.600 |

LEIDY D. CACUA L.  
LEIDY DIANA CACUA LOZADA  
CC N° 63.523.897 de B/manga

Me permito certificar bajo la gravedad de juramento, que de acuerdo con el Artículo 329 del E.T. los ingresos por mi actividad como trabajador independiente corresponden al 80% del total de mis ingresos y que los pagos por seguridad social tienen destino a la ejecución del contrato objeto de este cobro. Aplicar retencion Art. 383 E.T. Dcto 099 de 2013.



|                              |                          |
|------------------------------|--------------------------|
| RAZÓN SOCIAL :               | LEIDY DIANA CACUA LOZADA |
| IDENTIFICACIÓN:              | CC-63523897              |
| COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | 0                        |
| NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | 0                        |
| FECHA GENERACIÓN REPORTE:    | 2024-06-01               |
| FECHA LÍMITE DE PAGO:        | 2024-06-26               |
| FECHA DE PAGO:               | 2024-06-04               |
| ENTIDAD DE PAGO:             | BANCOLOMBIA              |
| PERÍODO PENSIÓN:             | 2024-05                  |
| PERÍODO SALUD:               | 2024-05                  |
| NÚMERO PLANILLA:             | 29668410                 |
| TOTAL COTIZANTES:            | 1                        |
| REFERENCIA DE PAGO (PIN):    | 29668410                 |
| TIPO DE PLANILLA:            | I                        |

| CÓDIGO ENTIDAD | NIT       | NOMBRE               | NÚMERO AFILIADOS | IBC          | FONDO SOLIDARIDAD | FONDO SUBSISTENCIA | TOTAL INTERESES | VALOR PAGAR SIN INTERESES | VALOR PAGAR |
|----------------|-----------|----------------------|------------------|--------------|-------------------|--------------------|-----------------|---------------------------|-------------|
| EPS005         | 800251440 | SANITAS              | 1                | \$ 2.600.000 | \$ 0              | \$ 0               | \$ 0            | \$ 325.000                | \$ 325.000  |
| 230201         | 800229739 | PROTECCION           | 1                | \$ 2.600.000 | \$ 0              | \$ 0               | \$ 0            | \$ 416.000                | \$ 416.000  |
| 14-23          | 860011153 | POSITIVA             | 1                | \$ 2.600.000 | \$ 0              | \$ 0               | \$ 0            | \$ 13.600                 | \$ 13.600   |
| CCF40          | 890201578 | COMFENALCO SANTANDER | 1                | \$ 2.600.000 | \$ 0              | \$ 0               | \$ 0            | \$ 15.600                 | \$ 15.600   |
| Total a pagar  |           |                      |                  |              | \$ 0              | \$ 0               | \$ 0            | \$ 770.200                | \$ 770.200  |

PAGADO

|                                  |            |
|----------------------------------|------------|
| FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES: | 23/07/2024 |
|----------------------------------|------------|



PLANILLA DE AUTOLIQUIDACIÓN DE APORTES  
PLANILLA NRO. 29668410  
REFERENCIA DE PAGO (PIN):  
Fecha Pago Planilla: 2024-06-04

PAGADA

| DATOS DEL APORTANTE          |                          |                    |                     |                   |                      |
|------------------------------|--------------------------|--------------------|---------------------|-------------------|----------------------|
| RAZÓN SOCIAL                 | LEIDY DIANA CACUA LOZADA | TIPO DE PERSONA    | Natural             | TIPO DE DOCUMENTO | Cédula de Ciudadanía |
| Nro. DE IDENTIFICACIÓN       | 63523897                 | D.V.               | 0                   | TIPO DE APORTANTE | Independiente        |
| DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA | CLL 15 NO 20 36 APTO 904 | DEPARTAMENTO       | SANTANDER           | MUNICIPIO         | BUCARAMANGA          |
| ACTIVIDAD ECONÓMICA          | 7490                     | CORREO ELECTRÓNICO | LEIDYCL@HOTMAIL.COM | TELÉFONO          | 6902005              |
| FAX                          | 6570084                  | SUCURSAL           | 0                   | NOMBRE SUCURSAL   | 0                    |
| TIPO DE ENTIDAD              | Privada                  | ARL                | POSITIVA            | Tipo de aportante | Independiente        |

| REPRESENTANTE LEGAL    |  |                 |  |                  |  |
|------------------------|--|-----------------|--|------------------|--|
| Nro. DE IDENTIFICACIÓN |  | PRIMER APELLIDO |  | SEGUNDO APELLIDO |  |
| PRIMER NOMBRE          |  | SEGUNDO NOMBRE  |  |                  |  |

| PERÍODO COTIZACIÓN PENSIÓN |         | PERÍODO COTIZACIÓN SALUD |         | FORMA DE PRESENTACIÓN |
|----------------------------|---------|--------------------------|---------|-----------------------|
| Año: 2024                  | Mes: 05 | Año: 2024                | Mes: 05 | Único                 |
| Nro. DE TRABAJADORES       |         | Vlr. TOTAL NÓMINA        |         | Nro. DE RADICACIÓN    |
| 1                          |         | \$2.600.000              |         | 29668410              |

| IDENTIFICACIÓN DEL AFILIADO |                  |              |            |                |      |     |               |                 |                          |  | Salario        |
|-----------------------------|------------------|--------------|------------|----------------|------|-----|---------------|-----------------|--------------------------|--|----------------|
| Identificación              | Tipo Vinculación | Sub tipo Cot | Ext no obl | Colombiano ext | Dpto | Mun | Actividad Eco | Tipo de Salario | Nombres                  |  | Salario Básico |
| CC-63523897                 | 59               | No           | No         | No             | 68   | 1   | 1841101       | Salario         | CACUA LOZADA LEIDY DIANA |  | \$2.600.000    |

| NOVEDADES      |             |              |             |              |             |             |             |             |                     |             |             |                        |                     |             |                        |                     |             |                        |                     |             |                        |                     |             |             |                        |                     |     |                        |                     |
|----------------|-------------|--------------|-------------|--------------|-------------|-------------|-------------|-------------|---------------------|-------------|-------------|------------------------|---------------------|-------------|------------------------|---------------------|-------------|------------------------|---------------------|-------------|------------------------|---------------------|-------------|-------------|------------------------|---------------------|-----|------------------------|---------------------|
| Identificación | I<br>N<br>G | Fecha<br>Ing | R<br>E<br>T | Fecha<br>Ret | T<br>D<br>E | T<br>A<br>D | T<br>A<br>D | V<br>S<br>P | Fecha<br>Nov<br>Vsp | V<br>T<br>E | S<br>L<br>N | Fecha<br>Sln<br>Inicio | Fecha<br>Sln<br>Fin | I<br>G<br>E | Fecha<br>Ige<br>Inicio | Fecha<br>Ige<br>Fin | L<br>M<br>A | Fecha<br>Lma<br>Inicio | Fecha<br>Lma<br>Fin | V<br>A<br>C | Fecha<br>Vac<br>Inicio | Fecha<br>Vac<br>Fin | A<br>V<br>C | V<br>C<br>T | Fecha<br>Vct<br>Inicio | Fecha<br>Vct<br>Fin | IRL | Fecha<br>Irp<br>Inicio | Fecha<br>Irp<br>Fin |
| CC - 63523897  |             |              |             |              |             |             |             |             |                     |             |             |                        |                     |             |                        |                     |             |                        |                     |             |                        |                     |             |             |                        |                     | 0   |                        |                     |

| SISTEMA GENERAL DE PENSIONES |            |                |             |           |           |              |               |           |           |                        |            |
|------------------------------|------------|----------------|-------------|-----------|-----------|--------------|---------------|-----------|-----------|------------------------|------------|
| Identificación               | AFP        | Días Cotizados | IBC pensión | Tarifa    | Cot Obl   | Cot Vol Afil | Cot Vol Aport | Total Cot | Fondo Sol | Fondo Subsistenci<br>a | Vlr no ret |
| CC - 63523897                | PROTECCION | 30             | \$2.600.000 | 0.1600000 | \$416.000 | \$0          | \$0           | \$416.000 | \$0       | \$0                    | \$0        |

| SISTEMA GENERAL DE SALUD |         |          |             |           |           |          |            |          |             |           | SISTEMA GENERAL DE RIESGOS PROFESIONALES |             |        |           |          |
|--------------------------|---------|----------|-------------|-----------|-----------|----------|------------|----------|-------------|-----------|------------------------------------------|-------------|--------|-----------|----------|
| Identificación           | EPS     | Dias Cot | IBC salud   | Tarifa    | Cot Obl   | UPC Adic | Núm Aut EG | Valor EG | Núm Aut Lic | Valor Lic | Dias Cot                                 | IBC Riesgos | Cód CT | Tarifa    | Cot Obl  |
| CC - 63523897            | SANITAS | 30       | \$2.600.000 | 0.1250000 | \$325.000 | \$0      | 0          | \$0      | 0           | \$0       | 30                                       | \$2.600.000 | 1      | 0.0052200 | \$13.600 |

| APORTES PARAFISCALES |                      |                |             |            |            |             |             |             |             |             |             |                |                |
|----------------------|----------------------|----------------|-------------|------------|------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|----------------|----------------|
| Identificación       | CCF                  | Dias Cot a CCF | IBC Cajas   | Tarifa CCF | Aporte CCF | Tarifa SENA | Aporte SENA | Tarifa ICBF | Aporte ICBF | Tarifa ESAP | Aporte ESAP | Tarifa Min Edu | Aporte Min Edu |
| CC-63523897          | COMFENALCO SANTANDER | 30             | \$2.600.000 | 0.0060000  | \$15.600   | 0.0000000   | \$0         | 0.0000000   | \$0         | 0.0000000   | \$0         | 0.0000000      | \$0            |

| TOTALES PARA EL PERÍODO 2024 - 05                      |          |                   |                         |                         |                               |                                |           |               |                                    |                                     |             |
|--------------------------------------------------------|----------|-------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------------|--------------------------------|-----------|---------------|------------------------------------|-------------------------------------|-------------|
| TOTAL APORTES DEL PERÍODO A PENSIÓN POR ADMINISTRADORA |          |                   |                         |                         |                               |                                |           |               |                                    |                                     |             |
| ADMINISTRADO RA                                        | NÚM AFIL | VLR TOTAL COT OBL | VLR COTIZACIÓN VOL AFIL | VLR COTIZACIÓN VOL APOR | VLR APOORTE FONDO PENSIÓN SOL | VLR APOORTE FONDO PENSIÓN SUBS | DÍAS MORA | VLR INTERESES | VLR INTERESES FONDO DE SOLIDARIDAD | VLR INTERESES FONDO DE SUBSISTENCIA | TOTAL PAGAR |
| PROTECCION                                             | 1        | \$416.000         | \$0                     | \$0                     | \$0                           | \$0                            | 0         | \$0           | \$0                                | \$0                                 | \$416.000   |

| TOTAL APORTES DEL PERÍODO A SALUD POR ADMINISTRADORA |             |                            |            |             |            |                     |            |                                      |              |                                    |                             |                                 |                             |                                              |                                                          |                                                   |                              |                       |                          |                |
|------------------------------------------------------|-------------|----------------------------|------------|-------------|------------|---------------------|------------|--------------------------------------|--------------|------------------------------------|-----------------------------|---------------------------------|-----------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|------------------------------|-----------------------|--------------------------|----------------|
| ADMINISTRA<br>DORA                                   | NÚM<br>AFIL | VLR<br>TOTAL<br>COT<br>OBL | VLR<br>UPC | AUT.<br>IGE | VLR<br>IGE | AUT.<br>DESC<br>LMA | VLR<br>LMA | VLR<br>NETO<br>APORTE<br>S DE<br>COT | DÍAS<br>MORA | VLR<br>INTERE<br>SES<br>COT<br>OBL | VLR<br>INTERE<br>SES<br>UPC | SUBTOT<br>AL<br>APORTE<br>S COT | SUBTOT<br>AL<br>APORTE<br>S | RADICA<br>CIÓN<br>AUTOLI<br>Q<br>INICIA<br>L | SALDO<br>FAVOR<br>PERÍOD<br>O<br>ANTERI<br>OR COT<br>OBL | SALDO<br>FAVOR<br>PERÍOD<br>O<br>ANTERI<br>OR UPC | TOTAL<br>PAGAR<br>COT<br>OBL | TOTAL<br>PAGAR<br>UPC | FONDO<br>DE SOL<br>SALUD | TOTAL<br>PAGAR |
| SANITAS                                              | 1           | \$325.0<br>00              | \$0        | 0           | \$0        | 0                   | \$0        | \$325.0<br>00                        | 0            | \$0                                | \$0                         | \$325.0<br>00                   | \$0                         | 0                                            | \$0                                                      | \$0                                               | \$325.0<br>00                | \$0                   | \$0                      | \$325.0<br>00  |

| TOTAL APORTES DEL PERÍODO A RIESGOS PROFESIONALES POR ADMINISTRADORA |          |                   |                            |                   |                                     |                             |           |                  |                      |                         |                                |                                 |             |
|----------------------------------------------------------------------|----------|-------------------|----------------------------|-------------------|-------------------------------------|-----------------------------|-----------|------------------|----------------------|-------------------------|--------------------------------|---------------------------------|-------------|
| ADMINISTRADORA                                                       | NÚM AFIL | VLR TOTAL COT OBL | NÚM AUT PAGO INCAPACIDADES | VLR INCAPACIDADES | VLR APORTES PAGADOS A OTROS RIESGOS | VLR NETO APORTES COTIZACIÓN | DÍAS MORA | INT MORA COT OBL | SUBTOTAL APORTES COT | NÚM RAD AUTOLIQ INICIAL | SALDO A FAVOR PERÍODO ANTERIOR | FONDO SOL RIESGOS PROFESIONALES | TOTAL PAGAR |
| POSITIVA                                                             | 1        | \$13.600          | 0                          | \$0               | \$0                                 | \$13.600                    | 0         | \$0              | \$13.600             | 0                       | \$0                            | \$0                             | \$13.600    |

| TOTAL APORTES PARAFISCALES |             |                   |           |                |               |
|----------------------------|-------------|-------------------|-----------|----------------|---------------|
| NOMBRE ENTIDAD             | NÚM DE AFIL | VLR TOTAL APORTES | DÍAS MORA | INTERESES MORA | TOTAL A PAGAR |
| COMFENALCO SANTANDER       | 1           | \$15.600          | 0         | \$0            | \$15.600      |
| SENA                       | 0           | \$0               | 0         | \$0            | \$0           |
| ICBF                       | 0           | \$0               | 0         | \$0            | \$0           |
| ESAP                       | 0           | \$0               | 0         | \$0            | \$0           |
| MinEdu                     | 0           | \$0               | 0         | \$0            | \$0           |

| TOTAL A PAGAR           |                 |           |
|-------------------------|-----------------|-----------|
| CONCEPTO                | TOTAL ENTIDADES | VALOR     |
| SALUD                   | 1               | \$325.000 |
| PENSIONES               | 1               | \$416.000 |
| RIESGOS PROFESIONALES   | 1               | \$13.600  |
| CAJAS DE COMPENSACIÓN   | 1               | \$15.600  |
| SENA                    | 1               | \$0       |
| ICBF                    | 1               | \$0       |
| ESAP                    | 1               | \$0       |
| MINISTERIO DE EDUCACIÓN | 1               | \$0       |
| GRAN TOTAL              | 1               | \$770.200 |



BBVA  
EXT DE CAJA GOBERNACION DE SANTANDER  
11 JUN 2024  
AUX. No. 2  
RECIBIDO  
SECRETARIA DE HACIENDA  
DEPARTAMENTO DE SANTANDER  
ESTAMPILLAS DEPARTAMENTALES  
NIT 890.201.235-6

(Recibo de recaudo No: 2502400284693)

→ NOMBRE O RAZÓN SOCIAL

No. Documento: 63523897  
Nombre:  
LEIDY DIANA CACUA LOZADA

→ TRÁMITE

CONTRATOS - ORDENES DE PRESTACION DE  
SERVICIOS Y CONTRATOS DE ADICION

|                      |            |
|----------------------|------------|
| NRO CONTRATO         | 082        |
| VALOR BASE           | 4.000.000  |
| VALOR ORDEN DE PAGO  | 4.000.000  |
| VALOR TOTAL CONTRATO | 16.000.000 |
| NUMERO ORDEN DE PAGO | 4          |
| FECHA CONTRATO       | 13/02/2024 |

→ ESTAMPILLA-TASA-IMPUESTO-CONTRIBUCIÓN

|              |          |
|--------------|----------|
| PRO HOSPITAL | \$80.000 |
| PRO UIS      | \$80.000 |

TOTAL \$160.000  
Ordenanza 03472005 \$16.000  
Total a pagar \$176.000

Con destino a:  
Instituto de la Juventud el Deporte y la  
Recreación de Bucaramanga INDERBU

→ Fecha expedición: 2024/06/11  
Fecha límite de pago: 2024/06/17



Puede ingresar a  
<https://estampillas.syc.com.co/>  
para validar y consultar el detalle del pago de la  
Estampilla Departamental.



RE-OP-07/L

SOPORTE TRÁMITE

Hora Imp: 20240611 14:51:37

BBVA  
EXT DE CAJA GOBERNACION DE SANTANDER  
11 JUN 2024  
AUX. No. 2  
RECIBIDO  
SECRETARIA DE HACIENDA  
DEPARTAMENTO DE SANTANDER  
ESTAMPILLAS DEPARTAMENTALES  
NIT 890.201.235-6

(Recibo de recaudo No: 2502400284693)

→ NOMBRE O RAZÓN SOCIAL

No. Documento: 63523897  
Nombre:  
LEIDY DIANA CACUA LOZADA

→ TRÁMITE

CONTRATOS - ORDENES DE PRESTACION DE  
SERVICIOS Y CONTRATOS DE ADICION

|                      |            |
|----------------------|------------|
| NRO CONTRATO         | 082        |
| VALOR BASE           | 4.000.000  |
| VALOR ORDEN DE PAGO  | 4.000.000  |
| VALOR TOTAL CONTRATO | 16.000.000 |
| NUMERO ORDEN DE PAGO | 4          |
| FECHA CONTRATO       | 13/02/2024 |

→ ESTAMPILLA-TASA-IMPUESTO-CONTRIBUCIÓN

|              |          |
|--------------|----------|
| PRO HOSPITAL | \$80.000 |
| PRO UIS      | \$80.000 |

TOTAL \$160.000  
Ordenanza 03472005 \$16.000  
Total a pagar \$176.000

Con destino a:  
Instituto de la Juventud el Deporte y la  
Recreación de Bucaramanga INDERBU

→ Fecha expedición: 2024/06/11  
Fecha límite de pago: 2024/06/17



Puede ingresar a  
<https://estampillas.syc.com.co/>  
para validar y consultar el detalle del pago de la  
Estampilla Departamental.



RE-OP-07/L

SOPORTE TRÁMITE

Hora Imp: 20240611 14:51:37