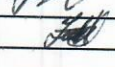


|                                                                                                                                                                                           |                                                     |  |                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|--|----------------------------------|
|  <b>INDERBU</b><br><small>Instituto de la Juventud, el Deporte y la Participación de la Población</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:</b> 05               |
|                                                                                                                                                                                           |                                                     |  | <b>FECHA:</b> 08/08/2024         |

|                               |                                  |                    |    |
|-------------------------------|----------------------------------|--------------------|----|
| <b>Oficina Gestora</b>        | SUBDIRECCIÓN OPERATIVA           |                    |    |
| <b>No. de Contrato</b>        | 171                              | <b>Informe No.</b> | 04 |
| <b>Nombre del Contratista</b> | SANDRA JEANNETE SANDOVAL ESPINEL |                    |    |
| <b>Nombre del Supervisor</b>  | YOLANDA MENDIVELSO MORENO        |                    |    |

| Ítem | Aspecto a verificar                                                                                                                 |              | Cumple |     | VoBo Supervisor                                                                      | Observaciones de la verificación                                                                                      |
|------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|--------|-----|--------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|      |                                                                                                                                     |              | Si     | N/A |                                                                                      |                                                                                                                       |
| 1    | Estampilla Procultura. 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: \_\_\_\_\_

|                                                |  |                                      |                                                                      |
|------------------------------------------------|--|--------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| <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>                                                      |

112

Cuenta de Cobro No. 4

INSTITUTO DE LA JUVENTUD, EL DEPORTE Y LA RECREACIÓN DE BUCARAMANGA - INDERBU  
NIT. 804.002.166-1  
DEBE A

|                        |                                  |             |                  |
|------------------------|----------------------------------|-------------|------------------|
| Nombre del Contratista | SANDRA JEANNETE SANDOVAL ESPINEL | Contrato N° | 171              |
| RUT                    | 63485502-6                       | Teléfono    | 3158656529       |
| Banco: Davivienda      | C. Aho. X                        | C.Cr No.    | 0550488417004667 |

| CONCEPTO                                                                                                                                                                                     | FECHA DE INICIO<br>(DD/MM/AA) | FECHA<br>TERMINACION<br>(DD/MM/AA) | VALOR MENSUAL | VALOR<br>TOTAL |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|------------------------------------|---------------|----------------|
| PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN COMO SOPORTE DE ARCHIVO DENTRO DEL PROYECTO DE INVERSIÓN DENOMINADO 'APOYO A LOS ORGANISMOS DEL DEPORTE ASOCIADO DEL MUNICIPIO DE BUCARAMANGA' | 12-may-25                     | 11-jun-25                          | \$3,500,000   | \$3,500,000    |
| TOTALES                                                                                                                                                                                      |                               |                                    | \$3,500,000   |                |

| 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 (SALUD, PENSIÓN Y ARL) |           |
|------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Aporte obligatorio a salud (12,5%) Minimo                              | \$356.300 |
| Aporte obligatorio a pensión (16%) Minimo                              | \$455.900 |
| Aportes a Riesgos laborales (ARL)                                      | \$15.100  |
| Total Aportes Obligatorios                                             | \$827.300 |

SANDRA JEANNETE SANDOVAL ESPINEL  
C.C. 63,485,502

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 retención Art. 383 E.T. Dcto 099 de 2013.



 Bancoomeva

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE                                                                                                                                                                                             |                                                                                            |                                                                                                                |                                                                                                                                                                   | DATOS GENERALES DE LA PLANILLA                                                                                                                              |                                      |                            |                                        |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|----------------------------|----------------------------------------|
| <b>TIPO IDENTIFICACION:</b><br>NOMBRE O NÚMERO SOCIAL:<br>DIRECCION:<br><b>TIPO APORTANTE:</b><br>CLASE APORTANTE:<br>FORMA DE PRESENTACION:<br>APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SEHA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | CÉDULA DE CIUDADANÍA<br>CUCRAMANGA<br>CUA 24 # 85-12<br>02-INDEPENDIENTE<br>PLANILLA ÚNICO | NÚMERO DE CIUDADANÍA<br>GERARMENTO:<br>TELEFONO:<br>CLASE APORTANTE:<br>ACTIVIDAD ECONÓMICA:<br>PLANILLA ÚNICO | NÚMERO PLANILLA:<br>PERÍODO COLECCIÓN OTROS<br>DIAS DE MORA:<br>FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):<br>TIPO DE PLANILLA:<br>PERÍODO COLECCIÓN SALUD:<br>NÚMERO AUTORIZACIÓN: | 63M8502<br>SANDRA JEANNETTE SANDOVAL ESPINEL<br>SANDOVAL ESPINEL SANDOVAL<br>SANDER<br>I-INDEPENDIENTE<br>Actividades reguladoras y facilitadoras de la act | mayo AÑO<br>2023<br>mayo AÑO<br>2023 | MES<br>mayo<br>MES<br>mayo | I-INDEPENDIENTES<br>2025<br>9992817460 |

|             |                    | TOTAL APORTES A PENSION |            |                     |           |             |              |            |      |            |      |            |              |
|-------------|--------------------|-------------------------|------------|---------------------|-----------|-------------|--------------|------------|------|------------|------|------------|--------------|
|             |                    | ADMINISTRADORA          |            | APORTES VOLUNTARIOS |           | FSP         |              | MORA       |      |            |      |            |              |
| CÓDIGO      | NOMBRE             | Nº. COTIZANTES          | COTIZACIÓN | EMPLEADOR           | COTIZANTE | SOLIDARIDAD | SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN | FSP  | APORTES    | MORA | TOTALES    |              |
| 25-14       | 35-14 CO.PENSIONES | 1                       | \$ 227.800 |                     | \$ 0      | \$ 0        | \$ 0         | \$ 0       | \$ 0 | \$ 227.800 | \$ 0 | \$ 227.800 |              |
|             |                    |                         |            |                     |           |             |              |            |      |            |      |            | VALOR PAGADO |
|             |                    |                         |            |                     |           |             |              |            |      |            |      |            | \$ 228.100   |
| SUBTOTALES: |                    |                         |            |                     |           |             |              |            |      |            |      |            | \$ 228.100   |

| ADMINISTRADORA |  |                                        |  |                |  |                            |  |                     |  | TOTAL APORTE A SALUD |  |             |  |          |  |            |  |            |  |              |  |            |  |              |  |        |  |            |  |            |  |              |  |  |  |  |  |  |  |
|----------------|--|----------------------------------------|--|----------------|--|----------------------------|--|---------------------|--|----------------------|--|-------------|--|----------|--|------------|--|------------|--|--------------|--|------------|--|--------------|--|--------|--|------------|--|------------|--|--------------|--|--|--|--|--|--|--|
| CÓDIGO         |  | NOMBRE                                 |  | No. COTIZANTES |  | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD |  | LICENCIA MATERNIDAD |  | SALDO A FAVOR        |  | LIQUIDACIÓN |  | MORA     |  | TOTALES    |  |            |  |              |  |            |  |              |  |        |  |            |  |            |  |              |  |  |  |  |  |  |  |
|                |  |                                        |  |                |  | NÚMERO AUTORIZACIÓN        |  | VALOR               |  | NÚMERO AUTORIZACIÓN  |  | VALOR       |  | PLANILLA |  | VALOR      |  | COTIZACIÓN |  | VALOR ADRIES |  | COTIZACIÓN |  | VALOR ADRIES |  | MORA   |  | APORTES    |  | DESCUENTO  |  | VALOR PAGADO |  |  |  |  |  |  |  |
| EFS010         |  | CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD |  | 1              |  | \$ 0                       |  |                     |  | \$ 0                 |  |             |  | \$ 0     |  | \$ 178.000 |  | \$ 300     |  | \$ 0         |  | \$ 300     |  | \$ 178.000   |  | \$ 300 |  | \$ 178.000 |  | \$ 300     |  | \$ 178.000   |  |  |  |  |  |  |  |
| SUB-TOTALES:   |  |                                        |  |                |  |                            |  |                     |  |                      |  |             |  |          |  |            |  |            |  |              |  |            |  |              |  |        |  |            |  |            |  |              |  |  |  |  |  |  |  |
|                |  |                                        |  |                |  |                            |  |                     |  | \$ 0                 |  |             |  |          |  |            |  |            |  | \$ 300       |  |            |  |              |  |        |  |            |  | \$ 178.000 |  |              |  |  |  |  |  |  |  |
|                |  |                                        |  |                |  |                            |  |                     |  | \$ 0                 |  |             |  |          |  |            |  |            |  | \$ 300       |  |            |  |              |  |        |  |            |  | \$ 178.000 |  |              |  |  |  |  |  |  |  |

| TOTAL AMORTES A RECURSOS PROFESIONALES |        |                     |       |                      |          |             |            |          |          |              |          |
|----------------------------------------|--------|---------------------|-------|----------------------|----------|-------------|------------|----------|----------|--------------|----------|
| ADMINISTRADORA                         |        | INCAPACIDAD RP      |       | SALDO A FAVOR        |          | LIQUIDACIÓN |            |          |          |              |          |
| CODIGO                                 | NOMBRE | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | PLANILLA | VALOR       | COTIZACIÓN | APORTES  | MORA     | VALOR PAGADO |          |
| 14-23                                  |        |                     |       | \$ 0                 |          |             |            | \$ 1,600 | \$ 7,500 | \$ 1,600     |          |
|                                        |        | 1                   |       |                      |          |             |            | \$ 100   |          | \$ 1,600     |          |
| SUBTOTALIFE:                           |        |                     |       |                      |          |             |            |          | \$ 7,500 | \$ 100       | \$ 7,600 |

[illegible]

|                      |                   |
|----------------------|-------------------|
| <b>TOTAL PAGADO:</b> | <b>\$ 414.000</b> |
|----------------------|-------------------|

EFFECTIVO LTDA.  
NIT: 830.131.993-1  
ORDEN DE SERVICIO

N. OS: 9586216997 DV: 306685  
Cliente: 110263 PILA RECAUDO  
Fecha: 06/06/2025 14:31:32  
PAP: 015633  
Identificacion: 63485502  
Nombre: SANDRA JEANNETE SANDOVAL  
Apellido 1: SANDOVAL  
Apellido 2: SANDOVAL  
Tipo Documento: CEDULA DE CIUDADANIA  
Telefono: 315865529  
Codigo Planilla: 4607333625  
Periodo Pago: 2025/05  
Valor Comision: 0  
Valor Iva Comision: 0  
Referencia: 63485502 Valor: \$414.000,00

Aplica condiciones particulares con el  
cliente beneficiario  
Conserve este recibo, es el unico  
soporte valido para atender cualquier  
reclamacion.  
Para reclamaciones presente este  
recibo: Tel. (1) 6510101.  
servicioalcliente@efecty.com.co.  
www.efecty.com.co

EFFECTIVO LTDA.  
NIT: 830.131.993-1  
ORDEN DE SERVICIO

N. OS: 9586216997 DV: 306685  
Cliente: 110263 PILA RECAUDO  
Fecha: 06/06/2025 14:31:32  
PAP: 015633  
Identificacion: 63485502  
Nombre: SANDRA JEANNETE SANDOVAL  
Apellido 1: SANDOVAL  
Apellido 2: SANDOVAL  
Tipo Documento: CEDULA DE CIUDADANIA  
Telefono: 315865529  
Codigo Planilla: 4607333625  
Periodo Pago: 2025/05  
Valor Comision: 0  
Valor Iva Comision: 0  
Referencia: 63485502 Valor: \$414.000,00

Aplica condiciones particulares con el  
cliente beneficiario  
Conserve este recibo, es el unico  
soporte valido para atender cualquier  
reclamacion.  
Para reclamaciones presente este  
recibo: Tel. (1) 6510101.  
servicioalcliente@efecty.com.co.  
www.efecty.com.co



**PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES  
SOPORTE DE PAGO GENERAL**

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE                                              |  |                                     |  |                                                             |  | DATOS GENERALES DE LA PLANILLA                    |  |                                           |  |            |      |                           |     |  |       |     |                                |
|----------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------|--|-------------------------------------------|--|------------|------|---------------------------|-----|--|-------|-----|--------------------------------|
| TIPO IDENTIFICACIÓN:<br>NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:                             |  | CÉDULA DE CIUDADANÍA<br>BUCARAMANGA |  | NUMERO DE IDENTIFICACIÓN:<br>DEPARTAMENTO<br>CRA 24 # 80-12 |  | SANDRA JEANNETTE SANDOVAL ESPINEL SANTANDER       |  | PERIODO COTIZACIÓN OTROS<br>DIAS DE MORA: |  | MES        | june | año                       | MES |  | junio | año | I-INDEPENDIENTES<br>9992964572 |
| DIRECCIÓN:                                                                 |  | 02-INDEPENDIENTE                    |  | CLASE APORTANTE:<br>PRIVADA                                 |  | I-INDEPENDIENTE                                   |  | FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):                  |  | 2025/06/10 |      | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: |     |  |       |     |                                |
| TIPO EMPRESA:                                                              |  | FORMA DE PRESENTACIÓN:              |  | ACTIVIDAD ECONOMICA:                                        |  | Actividades reguladoras y facilitadoras de la act |  | NÚMERO AUTORIZACIÓN:                      |  |            |      |                           |     |  |       |     |                                |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENIA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): |  | UNICO                               |  |                                                             |  | NO                                                |  |                                           |  |            |      |                           |     |  |       |     |                                |

| TOTAL APORTES A PENSIÓN |                    |        |                |            |           |                                  |             |            |         |
|-------------------------|--------------------|--------|----------------|------------|-----------|----------------------------------|-------------|------------|---------|
| CÓDIGO                  | ADMINISTRADORA     | NOMBRE | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS<br>COTIZANTE | SOLIDARIDAD | FSP        | TOTALES |
| 25-14                   | 25-14 COLPENSIONES |        | 1              | \$ 227.800 |           | \$ 0                             | \$ 0        | \$ 0       | \$ 0    |
| SUBTOTALES:             |                    |        |                |            |           | \$ 227.800                       |             | \$ 227.800 | \$ 0    |

| TOTAL APORTES A SALUD |                                          |        |                |                            |                     |                     |       |             |       |             |            |             |            |              |
|-----------------------|------------------------------------------|--------|----------------|----------------------------|---------------------|---------------------|-------|-------------|-------|-------------|------------|-------------|------------|--------------|
| CÓDIGO                | ADMINISTRADORA                           | NOMBRE | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD | LICENCIA MATERNIDAD | SALDO A FAVOR       |       | LIQUIDACIÓN |       | MORA        |            | DESCUENTO   |            | VALOR PAGADO |
| EPS010                | ✓ CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD |        | 1              |                            |                     | NUMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PLANILLA    | VALOR | VALOR ADRES | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | APORTES    | APORTES      |
|                       |                                          |        |                |                            |                     | \$ 0                |       | \$ 0        | \$ 0  | \$ 0        | \$ 0       | \$ 0        | \$ 178.000 | \$ 178.000   |
| SUBTOTALES:           |                                          |        |                |                            |                     |                     |       | \$ 178.000  | \$ 0  | \$ 0        | \$ 0       | \$ 0        | \$ 0       | \$ 178.000   |

| TOTAL APORTES A RESGOS PROFESIONALES |                                         |        |                |                 |                      |               |          |             |          |           |       |              |
|--------------------------------------|-----------------------------------------|--------|----------------|-----------------|----------------------|---------------|----------|-------------|----------|-----------|-------|--------------|
| CÓDIGO                               | ADMINISTRADORA                          | NOMBRE | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP | PAGO A OTROS RIESGOS | SALDO A FAVOR |          | LIQUIDACIÓN |          | DESCUENTO |       | VALOR PAGADO |
| 14-23                                | 14-23 POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS S.A. |        | 1              |                 | NUMERO AUTORIZACIÓN  | VALOR         | PLANILLA | VALOR       | VALOR    | VALOR     | VALOR | VALOR        |
|                                      |                                         |        |                |                 |                      | \$ 0          | \$ 0     | \$ 0        | \$ 7.500 | \$ 0      | \$ 0  | \$ 0         |
| SUBTOTALES:                          |                                         |        |                |                 |                      |               |          | \$ 7.500    | \$ 0     | \$ 0      | \$ 0  | \$ 0         |

[illegible]

|                      |                   |
|----------------------|-------------------|
| <b>TOTAL PAGADO:</b> | <b>\$ 413.300</b> |
|----------------------|-------------------|

116

www.efecty.com.co

EFFECTIVO LTDA.  
NIT: 830.131.993-1

ORDEN DE SERVICIO

www.efecty.com.co

EFFECTIVO LTDA.  
NIT: 830.131.993-1

ORDEN DE SERVICIO

N. OS: 9588922455 DV: 904757  
Cliente: 110263 PILA RECAUDO  
Fecha: 10/06/2025 16:27:32  
PAP: 913657  
Identificacion: 63485502  
Nombre: SANDRA JEANNETE  
Apellido 1: SANDOVAL  
Apellido 2: ESPINEL  
TIPO DOCUMENTO: CEDULA DE CIUDADANIA  
TELEFONO: 3158656529  
Codigo Planilla: 4607924674  
Periodo Pago: 2025/06  
Valor Comision: 0  
Valor Iva Comision: 0  
Referencia: 63485502 Valor: \$413.300,00

Aplica condiciones particulares con el cliente beneficiario  
Conserve este recibo, es el unico soporte valido para atender cualquier reclamacion.  
Para reclamaciones presente este recibo: Tel. (1) 6510101.  
servicioalcliente@efecty.com.co.  
www.efecty.com.co

N. OS: 9588922455 DV: 904757  
Cliente: 110263 PILA RECAUDO  
Fecha: 10/06/2025 16:27:32  
PAP: 913657  
Identificacion: 63485502  
Nombre: SANDRA JEANNETE  
Apellido 1: SANDOVAL  
Apellido 2: ESPINEL  
TIPO DOCUMENTO: CEDULA DE CIUDADANIA  
TELEFONO: 3158656529  
Codigo Planilla: 4607924674  
Periodo Pago: 2025/06  
Valor Comision: 0  
Valor Iva Comision: 0  
Referencia: 63485502 Valor: \$413.300,00

Aplica condiciones particulares con el cliente beneficiario  
Conserve este recibo, es el unico soporte valido para atender cualquier reclamacion.  
Para reclamaciones presente este recibo: Tel. (1) 6510101.  
servicioalcliente@efecty.com.co.  
www.efecty.com.co



BBVA  
GOBIERNOS BUCARAMANGA  
03 JUN 2025  
AUX No 1  
RECIBIDO  
SECRETARIA DE HACIENDA  
DEPARTAMENTO DE SANTANDER  
ESTAMPILLAS DEPARTAMENTALES  
NIT 890.201.235-6

Recibo de recaudo No: 2502500345956

→ NOMBRE O RAZÓN SOCIAL  
No Documento: 63485602  
Nombre:  
SANDRA JEANNETE SANDOVAL ESPINEL

→ TRÁMITE  
CONTRATOS - ORDENES DE PRESTACION DE  
SERVICIOS Y CONTRATOS DE ADICION

|                      |            |
|----------------------|------------|
| VALOR BASE           | 3.500.000  |
| VALOR TOTAL CONTRATO | 14.000.000 |
| VALOR ORDEN DE PAGO  | 3.500.000  |
| FECHA CONTRATO       | 06/02/2025 |
| NRO. CONTRATO        | 171        |
| NUMERO ORDEN DE PAGO | 4          |

→ ESTAMPILLA-TASA-IMPUESTO CONTRIBUCIÓN  
PRO HOSPITAL \$70.000  
PRO UIS \$70.000

TOTAL \$140.000  
Ordenanza 0147/2005 \$14.000  
Total a pagar \$154.000

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

→ Fecha expedición: 2025/06/03  
Fecha ímite de pago: 2025/06/09



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



SOPORTE TRÁMITE

Hora Imp: 20250603 16:28 07

RE-OP-07L

BBVA  
GOBIERNOS BUCARAMANGA  
03 JUN 2025  
AUX No 1  
RECIBIDO  
SECRETARIA DE HACIENDA  
DEPARTAMENTO DE SANTANDER  
ESTAMPILLAS DEPARTAMENTALES  
NIT 890.201.235-6

Recibo de recaudo No: 2502500345956

→ NOMBRE O RAZÓN SOCIAL  
No Documento: 63485602  
Nombre:  
SANDRA JEANNETE SANDOVAL ESPINEL

→ TRÁMITE  
CONTRATOS - ORDENES DE PRESTACION DE  
SERVICIOS Y CONTRATOS DE ADICION

|                      |            |
|----------------------|------------|
| VALOR BASE           | 3.500.000  |
| VALOR TOTAL CONTRATO | 14.000.000 |
| VALOR ORDEN DE PAGO  | 3.500.000  |
| FECHA CONTRATO       | 06/02/2025 |
| NRO. CONTRATO        | 171        |
| NUMERO ORDEN DE PAGO | 4          |

→ ESTAMPILLA-TASA-IMPUESTO CONTRIBUCIÓN  
PRO HOSPITAL \$70.000  
PRO UIS \$70.000

TOTAL \$140.000  
Ordenanza 0147/2005 \$14.000  
Total a pagar \$154.000

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

→ Fecha expedición: 2025/06/03  
Fecha ímite de pago: 2025/06/09



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



SOPORTE TRÁMITE

Hora Imp: 20250603 16:28 07

RE-OP-07L