Oficina Gestora	SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA
No. de Contrato	**CPS-015-2025** **Informe No.** 05
Nombre del Contratista	**LEIDY DIANA CACUA LOZADA**
Nombre del Supervisor	**ELSA IBETH CORTÉS VERA**

Ítem	Aspecto a verificar		Cumple Si	Cumple N/A	VoBo Supervisor	Observaciones de la verificación
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: _____

Fecha de verificación Sub. Administrativa y Finan. _____ **Conclusión de la verificación** Aprobado ☐ Rechazado ☐

Verificado Sub. Administrativa _____ **Firma** _____ **Radicado** _____

Observaciones	

Fecha de publicación SIA OBSERVA _____ **Firma Responsable**

_____

Fecha de verificación Sub. Administrativa y Finan. _____ **Conclusión de la verificación** Aprobado ☐ Rechazado ☐

Verificado Sub. Administrativa _____ **Firma** _____ **Radicado** _____

Cuenta de Cobro No. 5

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°**	**CPS-015 - 2025**
RUT	**63523897**	**Teléfono**	**3182863693**

Banco: BANCOLOMBIA	**C. Aho. X C.Crr No.**	**090-151723-61**

CONCEPTO	FECHA DE INICIO (DD/MM/AA)	FECHA TERMINACION (DD/MM/AA)	VALOR MENSUAL	VALOR TOTAL
PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA APOYAR LA TESORERIA DEL INSTITUTO DE LA JUVENTUD, EL DEPORTE Y LA RECREACIÓN DE BUCARAMANGA - INDERBU.	**24-may-25**	**23-jun-25**	$ 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 (SALUD, PENSIÓN Y ARL)	
Aporte obligatorio a salud (12,5%) Minimo	$400.000
Aporte obligatorio a pensión (16%) Minimo	$512.000
Aportes a Riesgos laborales (ARL)	$16.800
Total Aportes Obligatorios	**$928.800**

LEIDY D. CACUA L.

LEIDY DIANA CACUA LOZADA
C. 63,523,897 DE BUCARAMANGA

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.

ASOPAGOS s.a.

RAZÓN SOCIAL :	LEIDY DIANA CACUA LOZADA
IDENTIFICACIÓN:	CC-63523897
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2025-06-19
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2025-07-22
FECHA DE PAGO:	2025-06-12
ENTIDAD DE PAGO:	BANCOLOMBIA
PERÍODO PENSIÓN:	2025-06
PERÍODO SALUD:	2025-06
NÚMERO PLANILLA:	33739939
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	33739939
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	$ 1.600.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 200.000	$ 200.000
230201	800229739	PROTECCION	1	$ 1.600.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 256.000	$ 256.000
14-23	860011153	POSITIVA	1	$ 1.600.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 8.400	$ 8.400
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 0	$ 464.400	$ 464.400

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	26/08/2025

ASOPAGOS s.a.

CONSULTA EMPLEADO

RAZÓN SOCIAL	LEIDY DIANA CACUA LOZADA
IDENTIFICACIÓN APORTANTE	CC-63523897
SUCURSAL	0
FECHA PAGO	2025-05-21
INDENTIFICACIÓN EMPLEADO	CC-63523897
NOMBRE EMPLEADO	LEIDY DIANA CACUA LOZADA
EPS	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.
AFP	PROTECCION (ING+PROTECCION)
CAJA COMPENSACIÓN	Sin CCF
ARL	ARL - POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS
NÚMERO PLANILLA	33524127
REFERENCIA PAGO(PIN)	
TIPO PLANILLA	N
PERÍODO PENSIÓN	2025-05
PERÍODO SALUD	2025-05
TIPO COTIZANTE	Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes
SUBTIPO COTIZANTE	Sin Subtipo
ACTIVIDAD ECONÓMICA	1841201
NOVEDAD INGRESO INICIAL	
NOVEDAD INGRESO FINAL	

ING	Fecha ING	RET	Fecha RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	Fecha VSP	VTE	VST	SLN	Fecha Sln Inicio	Fecha Sln Fin	IGE	Fecha Ige Inicio	Fecha Ige Fin	LMA	Fecha LMA	Fecha LMA Fin	VAC	Fecha Vac Inicio	Fecha VAC Fin	AVP	VCT	Fecha VCT Inicio	Fecha VCT Fin	IRL	Fecha IRL Inicio	Fecha IRL Fin
										A																		0		
										C																		0		

SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Cot. Voluntaria		Total	Fondo de Solidaridad de	Fondo de Subsistencia	Valor no retenido
				Afiliado	Aportante				
30	1.423.500	0,1600000	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0
30	1.600.000	0,1600000	$ 256.000	$ 0	$ 0	$ 256.000	$ 0	$ 0	$ 0

SISTEMA GENERAL DE SALUD

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	UPC adicional	Incapacidades E.G		Licencias de Maternidad o	
					Número Autorización	Valor	Número Autorización	Valor
30	1.423.500	0,1250000	$ 178.000	$ 0	0	$ 0	0	$ 0
30	1.600.000	0,1250000	$ 200.000	$ 0	0	$ 0	0	$ 0

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Código de centro de trabajo
30	1.423.500	0,0052200	$ 7.500	804002166
30	1.600.000	0,0052200	$ 8.400	804002166

APORTES PARAFISCALES

Días Cot	Caja de Compensación Familiar			Sena			ICBF		ESAP		MIN DE EDUCACIÓN	
	IBC	Tarifa	Cot.Obligatori	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Tarifa	Cot. Obligatori	Tarifa	Cot.	Tarifa	Cot. Obligatori
0	0	0,0000000	$ 0	0	0,0000000	$ 0	0,0000000	$ 0	0,0000000	$ 0	0,0000000	$ 0
0	0	0,0000000	$ 0	0	0,0000000	$ 0	0,0000000	$ 0	0,0000000	$ 0	0,0000000	$ 0

TOTAL COTIZACIÓN EMPLEADO

Pensión	Salud	Riesgos	Parafiscales	Total
$ 28.200	$ 22.000	$ 900	$ 0	$ 51.100

ASOPAGOS s.a.

RAZÓN SOCIAL :	LEIDY DIANA CACUA LOZADA
IDENTIFICACIÓN:	CC-63523897
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2025-06-19
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2025-06-25
FECHA DE PAGO:	2025-05-21
ENTIDAD DE PAGO:	BANCOLOMBIA
PERÍODO PENSIÓN:	2025-05
PERÍODO SALUD:	2025-05
NÚMERO PLANILLA:	33524127
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	33524127
TIPO DE PLANILLA:	N

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS005	800251440	SANITAS	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 22.000	$ 22.000
Subtotal Salud		1	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 22.000	$ 22.000
230201	800229739	PROTECCION	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 28.200	$ 28.200
Subtotal Pensión		1	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 28.200	$ 28.200
14-23	860011153	POSITIVA	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 900	$ 900
Subtotal ARL		1	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 900	$ 900
PASENA	899999034	SENA	0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
PAICBF	899999239	ICBF	0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
PAESAP	899999054	ESAP	0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
PAMIED	899999001	MINEDU	0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
		Total a pagar		$ 0	$ 0	$ 0	$ 51.100	$ 51.100

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	22/07/2025

ASOPAGOS s.a.

RAZÓN SOCIAL :	LEIDY DIANA CACUA LOZADA
IDENTIFICACIÓN:	CC-63523897
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2025-06-19
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2025-06-25
FECHA DE PAGO:	2025-05-19
ENTIDAD DE PAGO:	BANCOLOMBIA
PERÍODO PENSIÓN:	2025-05
PERÍODO SALUD:	2025-05
NÚMERO PLANILLA:	33263689
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	33263689
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	$ 1.423.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 178.000	$ 178.000
230201	800229739	PROTECCION	1	$ 1.423.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 227.800	$ 227.800
14-23	860011153	POSITIVA	1	$ 1.423.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 7.500	$ 7.500
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 0	$ 413.300	$ 413.300

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	22/07/2025

Hacienda

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **LEIDY DIANA CACUA LOZADA** identificado con **CC** No. **63523897**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
INSTITUTO DE LA JUVENTUD EL DEPORTE Y LA RECREACION DE BUCARAMANGA - NI. 804002166	**Fecha de inicio de cobertura:** 24/01/2025 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 24/05/2025 **Fecha fin de Contrato:** 25/07/2025 **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 1

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prorroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal **www.positivaenlinea.gov.co**, para continuar con la cobertura.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202501016227837.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 20 días del mes de junio de 2025.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

BBVA

GOBIERNO DE BUCARAMANGA

17 JUN 2025

AUX No 1

SECRETARIA DE HACIENDA
DEPARTAMENTO DE SANTANDER
ESTAMPILLAS DEPARTAMENTALES
NIT 890.201.235-6

Recibo de recaudo No: 2502500374540

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL
No. Documento: 63523897
Nombre:
LEIDY DIANA CACUA LOZADA

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

VALOR BASE	4.000.000
VALOR TOTAL CONTRATO	24.000.000
VALOR ORDEN DE PAGO	4.000.000
FECHA CONTRATO	23/01/2025
NRO. CONTRATO	015
NUMERO ORDEN DE PAGO	5

ESTAMPILLA-TASA-IMPUESTO-CONTRIBUCIÓN

PRO HOSPITAL	$80.000
PRO UIS	$80.000

TOTAL	$160.000
Ordenanza 034/2005	$16.000
Total a pagar	**$176.000**

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

Fecha expedición: 2025/06/17
Fecha límite de pago: 2025/06/24

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

RE-OP-07L

SOPORTE TRÁMITE

Hora Imp:20260617 15:44:00