Oficina Gestora	SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA					
No. de Contrato	**CPS-015-2025**				**Informe No.**	06
Nombre del Contratista	**LEIDY DIANA CACUA LOZADA**					
Nombre del Supervisor	**ELSA IBETH CORTES 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. 6

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-jun-25**	**23-jul-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	$200.000
Aporte obligatorio a pensión (16%) Minimo	$256.000
Aportes a Riesgos laborales (ARL)	$8.400
Total Aportes Obligatorios	**$464.400**

LEIDY D. CACUA L.

LEIDY DIANA CACUA LOZADA
C.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:	2025-07-15
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2025-08-26
FECHA DE PAGO:	2025-07-01
ENTIDAD DE PAGO:	BANCOLOMBIA
PERÍODO PENSIÓN:	2025-07
PERÍODO SALUD:	2025-07
NÚMERO PLANILLA:	33847065
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	33847065
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

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	22/09/2025

Banco de Occidente

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

Recibo de recaudo No: 2502500464283

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	6

ESTAMPILLA-TASA-IMPUESTO-CONTRIBUCIÓN

PRO HOSPITAL	$80.000
PRO UIS	$80.000

TOTAL	$160.000
Ordenanza 014 de 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: 2025/07/23
Fecha límite de pago: 2025/07/29

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

RE-DP-01

SOPORTE TRÁMITE

Hora Imp:20260723 08:51:38

Banco de Occidente