Alcaldía Municipal de Floridablanca	OBLIGACIÓN CONTRAIDA	CÓDIGO	GMFP- F- 07
		VERSIÓN	08
	SECRETARÍA DE HACIENDA	FECHA ELAB	28-Agosto-2019
		FECHA APROB	2/01/2024
	PROCESO: GESTIÓN Y MANEJO DE LAS FINANZAS PUBLICAS	TRD	900

INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATISTA							
NOMBRE COMPLETO	FLOR ALBA FONSECA DULCEY						
C.C. O NIT	37548803						
NÚMERO TELEFÓNICO DE CONTACTO	3162872966						
VALOR COBRADO	$ 4.500.000						
PERIODO DEL VALOR COBRADO	DÍA:16	MES:09	AÑO:2025	—	DÍA:15	MES:10	AÑO:2025

INFORMACIÓN DEL CONTRATO :					
TIPO DE CONTRATO	CONTRATO No.		FECHA INICIO DEL CONTRATO		
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES	2178-2025- CO1.PCCNTR.8307437		DÍA:16	MES:09	AÑO:2025
CDP: 25-03592	FECHA: 03/09/2025	RP: 25-04526	FECHA: 11/09/2025		
CDP ADICIONAL: N/A	FECHA: N/A	RP ADICIONAL: N/A	FECHA: N/A		
OBJETO CONTRACTUAL:	*PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA LAS ACCIONES DE INSPECCIÒN Y VIGILANCIA FRENTE A LOS PROBLEMAS DERIVADOS DE LA SALUD AMBIENTAL DEL MUNICIPIO DE FLORIDABLANCA EN CONCORDANCIA AL PLAN DE ATENCIÓN EN SALUD 2025.*				

CONTROL CUENTA BANCARIA DEL CONTRATISTA						
ENTIDAD BANCARIA	DAVIVIENDA					
NÚMERO DE CUENTA	0550488445615690	AHORROS	X	CORRIENTE		

DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE SUMINISTRO EN EL CUADRO *"CONTROL CUENTA BANCARIA DEL CONTRATISTA"* ES VERDADERA, SE ENCUENTRA ACTUALIZADA Y ES DE MI PROPIEDAD.

CONTROL DE SUPERVISIÓN			
NOMBRE SUPERVISOR	GENNY LILIANA URIBE GOMEZ		
CARGO SUPERVISOR	SECRETARIA DE SALUD		
FECHA DE REVISIÓN Y APROBACIÓN	DÍA:30	MES:10	AÑO:2025

CERTIFICO QUE CUMPLO CON LAS RESPONSABILIDADES COMO SUPERVISOR DE ESTE CONTRATO DEFINIDAS EN EL DOCUMENTO MECI [CO-F-103-18.005] *"DESIGNACIÓN Y/O NOTIFICACIÓN DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO".*

FIRMAS RESPONSABLES

FLOR ALBA FONSECA DULCEY

C.C. No.37.548.803 expedida en Bucaramanga
CONTRATISTA

GENNY LILIANA URIBE GOMEZ
SUPERVISOR DEL CONTRATO

REVISÓ Y APROBÓ
OFICINA DE RADICACIÓN Y DIGITALIZACIÓN

No. Folios: _____

NÚMERO DE RADICADO

Fecha: _____
Hora: _____

ACTA No.	02	**TIPO DE CONTRATO**	CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES

INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO

No. DE CONTRATO	2178-2025- CO1.PCCNTR.8307437	**FECHA DE CONTRATO**	10/09/2025
NOMBRE CONTRATISTA	**FLOR ALBA FONSECA DULCEY,** identificado(a) con cédula de ciudadanía No. **37.548.803** expedida en **BUCARAMANGA**		

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA LAS ACCIONES DE INSPECCIÒN Y VIGILANCIA FRENTE A LOS PROBLEMAS DERIVADOS DE LA SALUD AMBIENTAL DEL MUNICIPIO DE FLORIDABLANCA EN CONCORDANCIA AL PLAN DE ATENCIÓN EN SALUD 2025.

LUGAR DE EJECUCIÓN	MUNICIPIO DE FLORIDABLANCA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR	GENNY LILIANA URIBE GOMEZ		
CARGO DEL SUPERVISOR	SECRETARIA DE SALUD		
OFICINA GESTORA	SECRETARIA DE SALUD		
PLAZO DEL CONTRATO	03 MESES	**PLAZO ADICIONAL DEL CONTRATO** (si aplica)	N/A
VALOR DEL CONTRATO	TRECE MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS M/CTE ($13.500.000)	**VALOR ADICIONAL DEL CONTRATO** (si aplica)	N/A
FECHA DE INICIO DEL CONTRATO	16/09/2025		
FECHA DE TERMINACIÓN INICIAL	15/12/2025	**FECHA DE TERMINACIÓN CON ADICIÓN** (si aplica)	N/A

REGISTROS PRESUPUESTALES

RESGISTROS INICIALES

No. DE CDP	**25-03592**	**FECHA DE EXPEDICIÓN CDP**	03/09/2025
No. DE RP	25-04526	**FECHA DE EXPEDICIÓN RP**	11/09/2025

REGISTROS ADICIONALES (si aplica)

No. DE CDP	*N/A*	**FECHA DE EXPEDICIÓN CDP**	*N/A*
No. DE RP	*N/A*	**FECHA DE EXPEDICIÓN RP**	*N/A*

PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

PERIODO	FECHA DE PAGO	NÚMERO DE PLANILLA	VALOR SALUD	VALOR PENSIÓN	VALOR ARL
			FAMISANAR EPS	COLPENSIONES	POSITIVA
SEPTIEMBRE	14/10/2025	**7991145030**	$120.900	$ 154.800	$ 23.600
OCTUBRE	15/10/2025	**7991149060**	$262.500	$336.000	$51.200

PÓLIZA DE GARANTÍAS (si aplica)

NOMBRE ASEGURADORA	NUMERO DE PÓLIZA	FECHA DE APROBACIÓN
N/A	*N/A*	*N/A*

ESTAMPILLA DEPARTAMENTAL

TIPO DE ESTAMPILLA	Nº ESTAMPILLA	FECHA PAGO
DEPARTAMENTAL	2502500661032	16/10/2025

PERIODO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

PERIODO CUMPLIDO DE EJECUCIÓN	16/09/2025 AL 15/10/2025
VALOR A PAGAR	CUATRO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS M/CTE ($4.500.000)

DANDO CUMPLIMIENTO A LA CLÁUSULA TERCERA DEL PRESENTE CONTRATO, SE RELACIONAN LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL CUMPLIMIENTO DE ESTE PERÍODO DE EJECUCIÓN:

No.	ACTIVIDAD CONTRACTUAL	ACTIVIDAD REALIZADA	EVIDENCIA/SOPORTE
1.	Realizar el reparto de actividades de inspección y vigilancia según problemas derivados de la salud ambiental (PQRs), bajo las directrices y formatos definidos por la secretaría de salud, en el municipio de Floridablanca.	Esta actividad no aplica para este periodo.	N/A
2.	Realizar el informe mensual de seguimiento a las PQR asignadas y atendidas, derivadas del grupo de salud ambiental.	Esta actividad no aplica para este periodo.	N/A
3.	Dar respuesta a los requerimientos solicitados por las diferentes entidades del orden departamental y nacional, que le sean delegados por el supervisor del contrato.	Acompañamiento actividad delegada por supervisor del contrato, realizada en colaboración con la Fundación Cardiovascular. “Corazón al Parque”.	Informe Ejecutivo PDF
4.	Participar en los comités y reuniones que le sean delegados por el supervisor del contrato	Asistí a reunión de avance en conceptos asignados.	Registro de Asistencia - Evidencia electrónica
5.	Apoyar a la Secretaría de Salud en los procesos que se llevan a cabo en ejercicio de sus obligaciones y/o en los que se requiere su desempeño, preparación y/o experiencia	Se realizaron 14 visitas de IVC en diferentes establecimientos que operan en el municipio.	Actas de visita - Evidencia electrónica
6.	Hacer entrega en medio magnético al finalizar el contrato de toda la documentación producida y clasificarla en razón de sus funciones (formatos Word y PDF), cada documento que sea producido o recibido por la dependencia debe ir dentro de la serie o subserie correspondiente según la TRD vigente.	Esta actividad no se realiza en este periodo, ya que esta se debe realizar a finalizar el contrato.	N/A
7.	Comprometerse de manera expresa, tanto durante la vigencia del contrato, como después de su extinción, a no difundir, transmitir, revelar a terceras personas cualquier información del Municipio de Floridablanca, a la que tenga acceso como consecuencia del desempeño de su actividad contractual, ni a utilizar tal información en interés propio o de sus familiares o amigos.	Realice declaración juramentada donde expreso mi compromiso en la vigencia del contrato como después de su extinción a no difundir, transmitir, revelar a terceras personas cualquier información del Municipio de Floridablanca.	DECLARACION JURAMENTADA EN PDF.

ANEXOS: Especificar el tipo de anexo: Actas, procedimientos, formatos, PDF, Excel, fotografías

OBSERVACIONES SUPERVISOR DEL CONTRATO

Descripción breve de la situación o *N/A*

Se reunieron el SUPERVISOR del contrato y el CONTRATISTA con el fin de revisar, verificar y aprobar las actividades realizadas por el contratista durante este periodo cumplido de ejecución del contrato. Por tal motivo, el suscrito SUPERVISOR se sirve CERTIFICAR que el contratista cumplió a cabalidad con las actividades designadas en este periodo de ejecución, las cuales, se relacionan en la presente Acta; así como también, de cumplir con sus deberes de legalización, de acuerdo con lo establecido en la cláusula que señala la forma de pago, en especial, el de haber sufragado los pagos de aportes parafiscales relativos al Sistema de Seguridad Integral, así como los propios del Sena, ICBF y Cajas de Compensación Familiar, según corresponda.

En consecuencia, las partes manifiestan entender y estar de acuerdo que el balance parcial de este periodo cumplido de ejecución del contrato es el siguiente:

BALANCE PARCIAL DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO

DETALLE	CONTRATADO	PAGOS REALIZADOS
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 13.500.000	
VALOR DEL CONTRATO CON ADICIÓN (si aplica)	N/A	
PRIMER PAGO		$ 4.500.000
SEGUNDO PAGO		N/A
TERCER PAGO		N/A
SALDO PENDIENTE POR EJECUTAR		$ 9.000.000
TOTAL (sumas iguales)	$13.500.000	$ 13.500.000

Para constancia de lo anterior, se suscribe la presente Acta por quienes en ella intervinieron, en el municipio de Floridablanca - Santander, el día Treinta (30) de mes octubre (10) del año dos mil veinticinco (2025).

GENNY LILIANA URIBE GOMEZ
SECRETARIA DE SALUD
SUPERVISOR DEL CONTRATO
16/09/2025 al 15/10/2025

FLOR ALBA FONSECA DULCEY
C.C. No.37.548.803 expedida en Bucaramanga
CONTRATISTA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

FLORIDABLANCA, **17/10/2025**
SANTANDER,
COLOMBIA,
A quien interese

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor FLOR FONSECA DULCEY** con **Cédula de Ciudadanía** número **37548803**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	**0550488445615690**
Fecha de apertura	**04/06/2024**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	37548803
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			FLOR ALBA FONSECA DULCEY
CIUDAD/MUNICIPIO:	FLORIDABLANCA	DEPARTAMENTO:	SANTANDER
DIRECCIÓN:	CALLE 197 # 27C 75 PISO 3	TELÉFONO:	1234567
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		**7991149060**		TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES octubre	AÑO 2025		PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES octubre AÑO 2025
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2025/10/15		NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1853732693

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 336.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 336.000	$ 0	$ 336.000
SUBTOTALES:										**$ 336.000**	**$ 0**	**$ 336.000**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS017	EPS017-FAMISANAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 262.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 262.500	$ 0	$ 0	$ 262.500
SUBTOTALES:													**$ 262.500**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 262.500**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 51.200	$ 51.200	$ 0	$ 0	$ 51.200
SUBTOTALES:									**$ 51.200**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 51.200**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																					PARAFISCALES									
																										PENSIÓN									SALUD						ARP																			
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 37548803	FONSECA DULCEY FLOR ALBA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 2.100.000				NO																	25-14 COLPENSIONES	30	$ 2.100.000	$ 336.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 336.000	EPS017-FAMISANAR	30	$ 2.100.000	$ 262.500	$ 0	$ 262.500	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 2.100.000	37548803	$ 51.200		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 649.700

Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	37548803
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			FLOR ALBA FONSECA DULCEY
CIUDAD/MUNICIPIO:	FLORIDABLANCA	DEPARTAMENTO:	SANTANDER
DIRECCIÓN:	CALLE 197 # 27C 75 PISO 3	TELÉFONO:	1234567
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		**7991145030**		TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	septiembre	AÑO 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	septiembre	AÑO 2025
DÍAS DE MORA:		12					
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2025/10/14		NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1849703382	

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 153.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.200	$ 0	$ 153.600	$ 1.200	$ 154.800
SUBTOTALES:										**$ 153.600**	**$ 1.200**	**$ 154.800**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS017	EPS017-FAMISANAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 120.000	$ 0	$ 900	$ 0	$ 120.000	$ 900	$ 0	$ 120.900
SUBTOTALES:													**$ 120.000**	**$ 900**	**$ 0**	**$ 120.900**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 23.400	$ 23.400	$ 200	$ 0	$ 23.600
SUBTOTALES:									**$ 23.400**	**$ 200**	**$ 0**	**$ 23.600**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES						
																									PENSIÓN								SALUD					ARP													
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 37548803	FONSECA DULCEY FLOR ALBA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.800.000				NO	15																	25-14 COLPENSIONES	16	$ 960.000	$ 153.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 153.600	EPS017-FAMISANAR	16	$ 960.000	$ 120.000	$ 0	$ 120.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	16	$ 960.000	37548803	$ 23.400		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 299.300

Planilla Pagada

REPÚBLICA DE COLOMBIA - REPÚBLICA DE COLOMBIA - REPÚBLICA DE COLOMBIA - REPÚBLICA DE COLOMBIA - REPÚBLICA DE COLOMBIA

Recaudo de Estampillas

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Libertad y Orden

Recibo Nº
2502500661032

Contribuyente

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

PRO HOSPITAL	$90.000
PRO UIS	$90.000
Total	**$180.000**
Ordenanza 012	$18.000
Total a Pagar	**$198.000**

Fecha de Expedición 2025/10/16 **Fecha Limite de Pago** 2025/10/22

Con destino a: **Alcaldia de Floridablanca**

Contribuyente **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 37548803

Nombre FLOR ALBA FONSECA DULCEY

Dirección **Teléfono**

Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502500661032(3900)00000000198000(96)20251022

VALOR TOTAL CONTRATO	13.500.000
FECHA CONTRATO	10/09/2025
VALOR ORDEN DE PAGO	4.500.000
NUMERO ORDEN DE PAGO	1
VALOR BASE	4.500.000
NRO. CONTRATO	8307437

BANCO DE OCCIDENTE 9600
RECAUDO CODIGO BARRAS
09:28:26 2025/10/16
7709998038639
83280100
198,000.00 D
198,000.00 EF

Referencia1 :02502500661032
Referencia2 :
TGD ESTAMPILLAS

Trámite

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502500661032

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

Con destino a: **Alcaldia de Floridablanca**

Tipo de Doc. C.C.
Nombre: FLOR ALBA FONSECA DULCEY
Dirección:
Número: 37548803
Teléfono:

VALOR TOTAL CONTRATO	13.500.000
FECHA CONTRATO	10/09/2025
VALOR ORDEN DE PAGO	4.500.000
NUMERO ORDEN DE PAGO	1
VALOR BASE	4.500.000
NRO. CONTRATO	8307437

PRO HOSPITAL	$90.000
PRO UIS	$90.000
Total	**$180.000**
Ordenanza 012	$18.000
Total a Pagar	**$198.000**

Scanned with CamScanner

CERTIFICADO DE NO UTILIZACION DE COSTOS Y DEDUCCIONES ASOCIADOS A RENTAS DE TRABAJO

(Inciso 1 del Parágrafo 2 del Artículo 383 del E.T., modificado por el artículo 8 de la Ley 2277 de 2022 - Numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 y parágrafo 4 del artículo 1.2.4.1.17 del Decreto 1625 de 2016 modificados por los artículos 9 y 11 del Decreto 2231 de 2023)

Yo, **Flor Alba Fonseca Dulcey** con documento de identificación No. 37.548.803

expedido en Bucaramanga

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO
QUE:

Estoy vinculado a la Alcaldía de Floridablanca, hasta el 15 de Diciembre de 2025 mediante contrato por prestación de servicios y para efectos de la aplicación de la tabla de retención en la fuente de que trata el artículo 383 del Estatuto tributario a las renta de trabajo, informo que **NO** haré uso de costos y deducciones asociados a los pagos o abonos en cuenta por concepto de HONORARIOS; o por compensaciones por SERVICIOS PERSONALES originados en el contrato suscrito con la entidad (Parágrafo 4 del artículo 1.2.4.1.17 del Decreto 1625 de 2016).

Por lo anterior, solicito que al momento de la depuración de la base de la retención en la fuente sea tenida en cuenta la exención prevista en el numeral 10 del artículo 206 del Estatuto Tributario. Toda vez que cumplo con las previsiones del numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 del Decreto 1625 de 2016 modificado por el artículo 9 del Decreto 2231 de 2023.

CIUDAD Y FECHA**:** Floridablanca 30 de octubre de 2025



FIRMA

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14947254861

(415)7707212489984(8020) 000001494725486 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
3 7 5 4 8 8 0 3	5	Impuestos y Aduanas de Bucaramanga 4	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	3 7 5 4 8 8 0 3	

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Santander 6 8	Bucaramanga 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
FONSECA	DULCEY	FLOR	ALBA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Santander 6 8	Floridablanca 2 7 6

41. Dirección principal
CL CALLE 197 27 C 75 P 3

42. Correo electrónico floralbaf@yahoo.es

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 6 8 7 2 9 6 6	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
0 0 1 0	2 0 2 2 0 1 0 3	7 4 9 0	2 0 1 0 0 1 0 4				3 2 2 2	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código	5	4 9																								

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código										
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores					
55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre FONSECA DULCEY FLOR ALBA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO