	FORMATO DE SUPERVISIÓN DE CONTRATOS Y AUTORIZACIÓN DE PAGOS F-SCAP	CODIGO: S-002 Versión: 2.01 Fecha: 05/01/2018

Dependencia:	SECRETARIA DE SALUD	Fecha:	20/2/2026

ACTO ADMINISTRATIVO

DATOS DEL CONTRATO

Valor Contrato:	$26,000,000.00			Valor a Pagar:	$5,200,000.00
Número:	1373	Fec. Suscripción:	Ene 20 2026	Fecha de iniciación:	Ene 21 2026
N° CDP:	9	Fecha:	Ene 5 2026	Fecha de terminación:	Jun 20 2026
N° RP:	1307	Fecha:	Ene 21 2026	Duración:	Meses 5 Días 0
Rubro Presupuestal:	Servicios prestados a las empresas y servicios de producción - FORTALECIMIENTO DE LA GESTIÓN DE LA S			Periodo a pagar:	Ene 21 2026 - Feb 20 2026
Requiere Informe:	**SI**	Entregó Informe:	**SI**	Suspensión No.:	En tiempo: Prorroga No.: En tiempo:

OBJETO DEL CONTRATO:

PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS PARA APOYAR LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES PROPIAS DEL PROYECTO DE INVERSIÓN FORTALECIMIENTO DE LA GESTIÓN DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL DE BOLÍVAR.

FORMA DE PAGO:

El valor total estimado del contrato es la suma de VEINTISÉIS MILLONES DE PESOS M/CTE. ($26.000.000); los cuales, serán cancelados por EL DEPARTAMENTO, en calidad de honorarios y será el único emolumento por los servicios prestados. EL DEPARTAMENTO realizará el pago del valor del contrato en cuotas parciales mensuales de CINCO MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS M/CTE ($5.200.000), que se tramitarán mes vencido contados a partir del cumplimiento de los requisitos de ejecución dentro de los 5 días siguientes a la radicación de la cuenta de cobro o factura.

El contratista deberá presentar: informe de actividades, recibo a satisfacción expedido por el supervisor del contrato y acreditar el cumplimiento de las obligaciones según lo dispuesto en el artículo 23 de la Ley 1150 de 2007 sobre el pago de las obligaciones de seguridad social Integral (Salud, Pensión y ARL), además de ello el cargue de la cuenta de cobro en la plataforma SECOP II y la aprobación de la misma por parte del supervisor.

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA

Nombre:	**RONI GOMEZ ESCORCIA**								
Identificación:	Tipo de documento:	Cédula	X	Nit.		Número:	9149959	DV.	
Dirección:	URB TERRAZAS DE CUCUMAN								
Número de Teléfono:	0			FAX:			CEL.	3217736542	
Clase y número de cuenta:	Corriente:		Ahorros	**X**	Número:	**50998597410**	Banco:	**BANCOLOMBIA**	

ASPECTOS TRIBUTARIOS

Marque con "X"	Persona Natural:	**x**	Persona Jurídica:	Regimen: **N.A.**
	Gran Contribuyente:		Autoretenedor:	
He verificado de esta información frente al RUT:			SI: x	NO:

INFORME DEL SUPERVISOR

AVANCE DEL CONTRATO POR ACTIVIDAD

El contratista presentó el informe correspondiente: SI: **X** NO: # de folios:

El informe cumple con lo estipulado en el contrato: **SI** Se remitió al Grupo de contratación o Talento Humano: **SI** Fecha: Feb 20 2026

Observaciones del interventor a las antividades ejecutadas: ok

APORTES SEGURIDAD SOCIAL

Persona Natural:

Aportes a Salud				**Aportes a Pensión**			
Valor pagado	$400,000.00	Periodo	ENERO	Valor pagado	$512,000.00	Periodo	ENERO
Comprobante de pago Número:	9498751832			Comprobante de pago Número:	9498751832		
Fecha de pago:	Feb 13 2026			Fecha de pago:	Feb 13 2026		

Aportes a ARL				**NOTA:**
Valor pagado	$16,800.00	Periodo	ENERO	
Comprobante de pago Número:	9498751832			
Fecha de pago:	Feb 13 2026			

Persona Jurídica: Anexa Certificación del Revisor Fiscal: SI: NO:

SOLICITUD DE PAGO

Certifico que las actividades se están ejecutando conforme a lo establecido en le contrato, que el contratista cumplió con lospagos de la seguridad social en salud y pensión conforme a las normas vigentes, los soportes de estos pagos fueron revisados y cotejadoscon los originales y corresponden a este contrato, por lo tanto autorizo el pago.

APLICACION RETENCION

Manifiesto y declaro bajo gravedad de juramento que: Para efectos de la depuración de la base del cálculo de la retención en la fuente establecida en el artículo 1.2.4.1.6 del Decreto único tributario 1625 de 2016, el cual aplica sobre los pagos o abonos en cuenta por concepto de ingresos provenientes de honorarios y compensaciones por servicios personales bajo ciertas circunstancias, "Que NO he contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores o contratistas asociados a mi actividad económica por un término superior a 90 días continuos o discontinuos".

Anexos: Copia de aporte de pensión **SI** Copia de aporte de salud **SI** Cuenta de Cobro **SI**

FIRMA CONTRATISTA: C6A5A1AA-4A97-4C70-9290-98498378CA8C

NOMBRE CONTRATISTA: RONI GOMEZ ESCORCIA

C.C.: 9149959

FIRMA SUPERVISOR F996CC3E-5C75-46E2-8397-A14BD9A8FEAB

NOMBRE SUPERVISOR: LABIB DE JESUS PALIS MUNERA

CARGO: DIRECTOR ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO

GOBERNACIÓN DE BOLIVAR	**FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES DE CONTRATISTAS**	**CODIGO: S-003** **Versión: 1.01** **Fecha: 19/05/2017**

Turbaco, Feb 20 2026

SECRETARIA DE SALUD

INFORME DE ACTIVIDADES

En cumplimiento del objeto del Contrato referenciado, he desarrollado durante el período comprendido entre Ene 21 2026 - Feb 20 2026, las siguientes actividades relacionadas con el objeto contractual:

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA

Nombre:	RONI GOMEZ ESCORCIA
Identificación:	9149959

DESCRIPCIÓN CONTRACTUAL

DATOS DE CONTRATO:	**Número:**	1373	**Fec. Suscripción:**	Ene 20 2026	**Fecha de iniciación:**	Ene 21 2026
	Duración:		**Meses:** 5	**Días:** 0	**Fecha de terminación:**	Jun 20 2026
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS PARA APOYAR LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES PROPIAS DEL PROYECTO DE INVERSIÓN FORTALECIMIENTO DE LA GESTIÓN DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL DE BOLÍVAR.					

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	ACTIVIDADES EJECUTADAS
1. Elaborar los informes requeridos por los Entes de Control, Ministerio de Hacienda, Ministerio de Salud y Protección Social y Superintendencia Nacional de Salud. 2. Revisar los comprobantes de egresos para verificar el pago a la Red Prestadora de los Servicios de Salud Públicas y Privadas. 3. Elaborar las ejecuciones de ingresos y gastos de la Secretaria de Salud de Bolívar. 4. Elaborar los informes contables y conciliaciones bancarias de la Secretaria de Salud de Bolívar. 5. Revisar las conciliaciones y cruce de facturas auditadas y pagadas y los informes solicitados. 6. Brindar apoyo en el proceso de convergencia de las normas de contabilidad e información financiera y de aseguramiento de la información, implementado las Normas Internacionales de Información Financiera – NIIF y su conjunto. 7. Apoyo en la revisión y elaboración de comprobantes de causación de las cuentas por pagar de contratos de prestación de servicios de la Secretaria de Salud de Bolívar.8.Informe de Estado de Tesorería correspondiente al periodo, de acuerdo a la información de extractos de las cuentas bancarias de la Secretaría.9. Apoyo en el informe anual de Recaudo y Proyección al Ministerio de Salud y Protección Social.10. Proyección Acto administrativo por legalización transferencias al Ministerio de Ciencia y Tecnología.11. Las demás que le asigne el supervisor del contrato.	1. revise los informes APU de la contratacion de salud publica de la vigencia 2026. 2. realice acompañamiento en la revision y registro de las ejecuciones de cierre de la vigencia 2025 3. revise la elebaoracion del informe FUT tesoreria de salud de la vigencia 2025 4. revise la elebaoracion del informe FUT cierre fiscal del fondo local de salud de la vigencia 2025 . 5 revise y consolide las conciliaciones bancarias y ajustes de las cuentas del fondo local de salud de la vigencia 2025. 6. Brinde apoyo en el proceso de revision y registro con los referentes en las correciones de los APU para en el envio a la oficina juridica. 7 acompañe en la revision y redaccion de las respuestas de los oficios con responsabilidad presupuestal y contable al ministerio de protecion social.
Final de las obligaciones contractuales.	**Final de las actividades ejecutadas.**

C6A5A1AA-4A97-4C70-9290-98498378CA8C

FIRMA DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA: **RONI GOMEZ ESCORCIA**

C. C. : **9149959**

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 9149959		GOMEZ ESCORCIA RONY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	URB. TERRAZAS DE CUCUMAN MZ 5 LOTE 8	TURBACO-BOLIVAR	6537771	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-01	2026-01	1000000161	9498751832	I	2026/02/13	2026/01/29	BANCO DE BOGOTA	0	$928,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$3,200,000	$512,000			$3,200,000	$400,000			$0	$0			$3,200,000	$16,800		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$3,200,000	$512,000			$3,200,000	$400,000			$0	$0			$3,200,000	$16,800		$0	$0
Ciudad: TURBACO Depto: BOLIVAR (1 Afiliados)					$3,200,000	$512,000			$3,200,000	$400,000			$0	$0			$3,200,000	$16,800		$0	$0
1	CC	9149959 GOMEZ RONI	230301	30	$3,200,000	$512,000	EPS010	30	$3,200,000	$400,000		0	$0	$0	14-11	30	$3,200,000	$16,800	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**			$3,200,000	$512,000			$3,200,000	$400,000			$0	$0			$3,200,000	$16,800		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 9149959		GOMEZ ESCORCIA RONY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	URB. TERRAZAS DE CUCUMAN MZ 5 LOTE 8	TURBACO-BOLIVAR	6537771	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-01	2026-01	1000000161	9498751832	I	2026/02/13	2026/01/29	BANCO DE BOGOTA	0	$928,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$512,000	$0	$0	$512,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$512,000	$0	$0	$512,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$16,800	$0	$0	$16,800
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$16,800	$0	$0	$16,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$400,000	$0	$0	$400,000
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$400,000	$0	$0	$400,000
TOTAL				**1**	**$928,800**	**$0**	**$0**	**$928,800**

GOBERNACIÓN DE BOLIVAR	ACTA DE LEGALIZACIÓN DE PERÍODOS	CODIGO: Safe 001 Versión: 2.01 Fecha: 02/01/2018

Dependencia:	SECRETARIA DE SALUD

En Turbaco, a los Veintiun (21) de Enero de 2026, se reunieron RONI GOMEZ ESCORCIA, identificado con CC No 9149959, en su calidad de Contratista y LABIB DE JESUS PALIS MUNERA en su calidad de supervisor, con el fin de dar inicio al contrato N° 1373 de 2026.

DESCRIPCIÓN CONTRACTUAL

DATOS DEL CONTRATO

Número:	1373	Fec. Suscripción:	Ene 20 2026	Fecha de iniciación:	Ene 21 2026
N° CDP:	9	Fecha:	Ene 5 2026	Fecha de terminación:	Jun 20 2026
Rubro Presupuestal:	Servicios prestados a las empresas y servicios de producción -FORTALECIMIENTO DE LA GESTIÓN DE LA				
N° RP:	1307	Fecha:	Ene 21 2026	Duración: Meses 5	Días 0
Valor Contrato:	Veintiseis millones de pesos mcte($26,000,000.00)				

OBJETO DEL CONTRATO:

PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS PARA APOYAR LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES PROPIAS DEL PROYECTO DE INVERSIÓN FORTALECIMIENTO DE LA GESTIÓN DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL DE BOLÍVAR.

OBLIGACIONES DEL CONTRATO

1. Elaborar los informes requeridos por los Entes de Control, Ministerio de Hacienda, Ministerio de Salud y Protección Social y Superintendencia Nacional de Salud. 2. Revisar los comprobantes de egresos para verificar el pago a la Red Prestadora de los Servicios de Salud Públicas y Privadas. 3. Elaborar las ejecuciones de ingresos y gastos de la Secretaria de Salud de Bolívar. 4. Elaborar los informes contables y conciliaciones bancarias de la Secretaria de Salud de Bolívar. 5. Revisar las conciliaciones y cruce de facturas auditadas y pagadas y los informes solicitados. 6. Brindar apoyo en el proceso de convergencia de las normas de contabilidad e información financiera y de aseguramiento de la información, implementado las Normas Internacionales de Información Financiera – NIIF y su conjunto. 7. Apoyo en la revisión y elaboración de comprobantes de causación de las cuentas por pagar de contratos de prestación de servicios de la Secretaria de Salud de Bolívar.8.Informe de Estado de Tesorería correspondiente al periodo, de acuerdo a la información de extractos de las cuentas bancarias de la Secretaría.9. Apoyo en el informe anual de Recaudo y Proyección al Ministerio de Salud y Protección Social.10. Proyección Acto administrativo por legalización transferencias al Ministerio de Ciencia y Tecnología.11. Las demás que le asigne el supervisor del contrato.

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA

Nombre:	**RONI GOMEZ ESCORCIA**
Identificación:	**9149959**
Dirección:	URB TERRAZAS DE CUCUMAN
Número de Teléfono:	0 CEL 3217736542
PERFIL DEL CONTRATISTA	UN (01) PROFESIONAL EN CONTADURÍA PÚBLICA, ECONOMISTA Y AFINES, MAGISTER Y/O ESPECIALISTA CON EXPERIENCIA LABORAL DE DOS (2) AÑOS.

EF4BFDEF-FD46-4805-9C6D-BDCA4B2B45B5

FIRMA CONTRATISTA:

NOMBRE CONTRATISTA: RONI GOMEZ ESCORCIA

C.C.: 9149959

7D7E8B6B-95D8-4A58-BFDB-AD29163DF10C

FIRMA SUPERVISOR

NOMBRE SUPERVISOR: LABIB DE JESUS PALIS MUNERA

CARGO: DIRECTOR ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO

ARL

Medellin, 08 de Enero de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS HACE CONSTAR:

Que **RONI GOMEZ ESCORCIA** con documento de identidad **C9149959**, se encuentra afiliado(a) a la Administradora de Riesgos Laborales SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajador(a) de **RONI GOMEZ ESCORCIA** con NIT **C9149959**.

A continuación, se relacionan las fechas de afiliación:

Información general de la afiliación

Fecha inicio	Fecha fin	Tipo cotizante	Centro de trabajo	Código C.T	Clase de riesgo	Tasa cotización	Estado cobertura
2024-12-04	3000-12-31	INDEPENDIENTE VOLUNTARIO AL SISTEMA DE RIESGOS LABORALES	INDEPENDIENTES VOLUNTARIOS	0000000001	1	0.522	EN COBERTURA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Certificado
Bancario

Viernes, 30 de enero de 2026

Señor(a)
A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que RONI GOMEZ ESCORCIA identificado(a) con CC 9149959, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	50998597410	2018/08/24	CXC PENDIENTES

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (60-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (60-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (60-5) 361 88 88 - Cali - Local: (60-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

Bancolombia

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario.

DEPARTAMENTO DE BOLÍVAR
SECRETARIA DE HACIENDA
RECIBO OFICIAL DE PAGO
CONTRATOS DE OBRA PUBLICA Y ADICIONES DEL ORDEN DEPARTAMENTAL 2026

FECHA DE EMISIÓN: 19 Feb 2026 **FECHA LÍMITE DE PAGO:** 20 May 2026 **RECIBO:** 260202520390

CONTRIBUYENTE

Contribuyente:	Rony Gómez Escorcia	**Identificación:**	C	9149959	**No. Recibo Pago: 260202520390**
Nombre Acto:	CONTRATOS DE OBRA PUBLICA Y ADICIONES DEL ORDEN DEPARTAMENT	**Base Gravable**	5,200,000		
Entidad Contratante:	6 - GOBERNACIÓN DE BOLIVAR	**Nro Acto Administrativo:**	1373	**Fecha Del Contrato:**	20 Feb 2026

Concepto	Descripción	Tarifa	Valor
200	ESTAMPILLA PROELECTRIFICACION RURAL	(5,200,000x2/100)	$ 104,000
600	ESTAMPILLA PARA BIENESTAR DEL ADULTO MAYOR	(5,200,000x2/100)	$ 104,000
650	ESTAMPILLA PRO-CULTURA	(5,200,000x2/100)	$ 104,000
500	ESTAMPILLA PRODESARROLLO	(5,200,000x2/100)	$ 104,000
300	ESTAMPILLA UNIVERSIDAD DE CARTAGENA A LA ALTURA DE LOS TIEMPOS	(5,200,000x1/100)	$ 52,000
374	ESTAMPILLA PRODESARROLLO (LIQUIDACION RECIBO)	(5,200,000x9.5/100)	$ 21,000
375	ESTAMPILLA PRO-BOMBEROS	(5,200,000x0.5/100)	$ 26,000
		TOTAL	**$ 515,000**

DEPARTAMENTO DE BOLÍVAR
SECRETARIA DE HACIENDA
RECIBO OFICIAL DE PAGO
CONTRATOS DE OBRA PUBLICA Y ADICIONES DEL ORDEN DEPARTAMENTAL 2026

FECHA DE EMISIÓN: 19 Feb 2026 **FECHA LÍMITE DE PAGO:** 20 May 2026 **RECIBO:** 260202520390

GOBERNACIÓN

Contribuyente:	Rony Gómez Escorcia	**Identificación:**	C	9149959	**No. Recibo Pago: 260202520390**
Nombre Acto:	CONTRATOS DE OBRA PUBLICA Y ADICIONES DEL ORDEN DEPARTAMENT	**Base Gravable**	5,200,000		
Entidad Contratante:	6 - GOBERNACIÓN DE BOLIVAR	**Nro Acto Administrativo:**	1373	**Fecha Del Contrato:**	20 Feb 2026

Concepto	Descripción	Tarifa	Valor
200	ESTAMPILLA PROELECTRIFICACION RURAL	(5,200,000x2/100)	$ 104,000
600	ESTAMPILLA PARA BIENESTAR DEL ADULTO MAYOR	(5,200,000x2/100)	$ 104,000
650	ESTAMPILLA PRO-CULTURA	(5,200,000x2/100)	$ 104,000
500	ESTAMPILLA PRODESARROLLO	(5,200,000x2/100)	$ 104,000
300	ESTAMPILLA UNIVERSIDAD DE CARTAGENA A LA ALTURA DE LOS TIEMPOS	(5,200,000x1/100)	$ 52,000
374	ESTAMPILLA PRODESARROLLO (LIQUIDACION RECIBO)	(5,200,000x9.5/100)	$ 21,000
375	ESTAMPILLA PRO-BOMBEROS	(5,200,000x0.5/100)	$ 26,000
		TOTAL	**$ 515,000**

DEPARTAMENTO DE BOLÍVAR
SECRETARIA DE HACIENDA
RECIBO OFICIAL DE PAGO
CONTRATOS DE OBRA PUBLICA Y ADICIONES DEL ORDEN DEPARTAMENTAL 2026

FECHA DE EMISIÓN: 19 Feb 2026 **FECHA LÍMITE DE PAGO:** 20 May 2026 **RECIBO:** 260202520390

BANCO

Contribuyente:	Rony Gómez Escorcia	**Identificación:**	C	9149959	**No. Recibo Pago: 260202520390**
Nombre Acto:	CONTRATOS DE OBRA PUBLICA Y ADICIONES DEL ORDEN DEPARTAMENT	**Base Gravable**	5,200,000		
Entidad Contratante:	6 - GOBERNACIÓN DE BOLIVAR	**Nro Acto Administrativo:**	1373	**Fecha Del Contrato:**	20 Feb 2026

Concepto	Descripción	Tarifa	Valor
200	ESTAMPILLA PROELECTRIFICACION RURAL	(5,200,000x2/100)	$ 104,000
600	ESTAMPILLA PARA BIENESTAR DEL ADULTO MAYOR	(5,200,000x2/100)	$ 104,000
650	ESTAMPILLA PRO-CULTURA	(5,200,000x2/100)	$ 104,000
500	ESTAMPILLA PRODESARROLLO	(5,200,000x2/100)	$ 104,000
300	ESTAMPILLA UNIVERSIDAD DE CARTAGENA A LA ALTURA DE LOS TIEMPOS	(5,200,000x1/100)	$ 52,000
374	ESTAMPILLA PRODESARROLLO (LIQUIDACION RECIBO)	(5,200,000x9.5/100)	$ 21,000
375	ESTAMPILLA PRO-BOMBEROS	(5,200,000x0.5/100)	$ 26,000
		TOTAL	**$ 515,000**

(415)7709998314559(8020)260202520393(3900)0000104000(96)20260520

(415)7709998124714(8020)260202520395(3900)0000104000(96)20260520

(415)7709998252103(8020)260202520392(3900)0000104000(96)20260520

(415)7709998318489(8020)260202520394(3900)0000125000(96)20260520

(415)7709998329720(8020)260202520396(3900)0000052000(96)20260520

(415)7709998972469(8020)260202520397(3900)0000026000(96)20260520

Señores cajero y contribuyente verifiquen que el valor del pago sea igual al valor total de la factura.
BANCO DAVIVIENDA SA