CUENTA DE COBRO NO.	02	**FECHA**	20/03/2026

IDEFLORIDA DEBE A:	
NOMBRE CONTRATISTA	LINA YONAIRA RAMIREZ CARREÑO
CEDULA DE CIUDADANÍA	1.098.609.305 DE BUCARAMANGA
VALOR EN NÚMEROS	$ 2.500.000
LA SUMA DE (VALOR EN LETRAS)	DOS MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS MTE

POR CONCEPTO DE:			
PAGO ENTRE EL PERIODO DEL:	**13/02/2026 AL 12/03/2026**		
DEL CONTRATO NO.	080-2026	**CON FECHA DE CONTRATO**	10/01/2026
CON OBJETO DE CONTRATO	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO EN LAS DIFERENTES ACTIVIDADES Y PROGRAMAS DE PROMOCIÓN DE LA ACTIVIDAD FÍSICA Y LA RECREACIÓN DEL INSTITUTO PARA LA RECREACIÓN Y EL DEPORTE DEL MUNICIPIO DE FLORIDABLANCA - IDEFLORIDA, EN MARCO DEL PROYECTO "DESARROLLO Y PROMOCION DE ACTIVIDADES FISICAS, RECREATIVAS Y DEPORTIVAS PARA EL APROVECHAMIENTO DEL TIEMPO LIBRE DE LOS HABITANTES DEL MUNICIPIO DE FLORIDABLANCA		

FAVOR CONSIGNAR A LA CUENTA						
NOMBRE DEL BANCO	BANCO DE BOGOTA					
NÚMERO DE CUENTA	203453501	**AHORRO**	X	**CORRIENTE**		

PARA CONSTANCIA, FIRMO A LOS 20 DÍAS DEL MES DE MARZO DEL AÑO 2026

LINA YONAIRA RAMIREZ CARREÑO
1.098.609.305 DE BUCARAMANGA
3022272016

Recaudo de Estampillas

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recibo Nº
2502600191989

Contribuyente

Trámite CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

PRO HOSPITAL	$ 50.000
PRO UIS	$ 50.000
Total Estampillas	**$ 100.000**
Ordenanza 012	$ 10.000
Total a Pagar	**$ 110.000**

Fecha de Expedición 2026/03/17 **Fecha Limite de Pago**

Con destino a: **Instituto para la Recreación y el Deporte de Floridablanca IDEFLORIDA**

Contribuyente **Tipo de Doc.** CC **Número** 1098609305
Nombre LINA YONAIRA RAMIREZ CARRENO
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502600191989(3900)00000000110000(96)

VALOR BASE	$ 2.500.000
VALOR TOTAL CONTRATO	$ 15.000.000
VALOR ORDEN DE PAGO	$ 2.500.000
FECHA CONTRATO	10/01/2026
NRO. CONTRATO	080
NUMERO ORDEN DE PAGO	2

Pagado Electrónicamente

Trámite

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502600191989

Trámite CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Con destino a: **Instituto para la Recreación y el Deporte de Floridablanca IDEFLORIDA**

Tipo de Doc. CC Número: 1098609305
Nombre: LINA YONAIRA RAMIREZ CARRENO
Dirección: Teléfono:

VALOR BASE	$ 2.500.000
VALOR TOTAL CONTRATO	$ 15.000.000
VALOR ORDEN DE PAGO	$ 2.500.000
FECHA CONTRATO	10/01/2026
NRO. CONTRATO	080

PRO HOSPITAL	$ 50.000
PRO UIS	$ 50.000
Total Estampillas	**$ 100.000**
Ordenanza 012	$ 10.000
Total a Pagar	**$ 110.000**

SYC

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502600191989

Trámite CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Con destino a: **Instituto para la Recreación y el Deporte de Floridablanca IDEFLORIDA**

Total a Pagar	**$ 110.000**

Fecha de Expedición 2026/03/17 **Fecha Limite de Pago**

VALOR BASE	$ 2.500.000
VALOR TOTAL CONTRATO	$ 15.000.000
VALOR ORDEN DE PAGO	$ 2.500.000
FECHA CONTRATO	10/01/2026
NRO. CONTRATO	080

PRO HOSPITAL	$ 50.000
PRO UIS	$ 50.000
Total Estampillas	**$ 100.000**
Ordenanza 012	$ 10.000

Gobernación

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502600191989

Trámite CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Con destino a: **Instituto para la Recreación y el Deporte de Floridablanca IDEFLORIDA**

PRO HOSPITAL	$ 50.000
PRO UIS	$ 50.000
Total Estampillas	**$ 100.000**
Ordenanza 012	$ 10.000
Total a Pagar	**$ 110.000**

Contribuyente **Tipo de Doc.** CC **Número** 1098609305
Nombre LINA YONAIRA RAMIREZ CARRENO
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502600191989(3900)00000000100000(96)

VALOR BASE	$ 2.500.000
VALOR TOTAL CONTRATO	$ 15.000.000
VALOR ORDEN DE PAGO	$ 2.500.000
FECHA CONTRATO	10/01/2026
NRO. CONTRATO	080

Fecha de Expedición 2026/03/17
Fecha Limite de Pago

Banco

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502600191989

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** CC **Número** 1098609305
Nombre LINA YONAIRA RAMIREZ CARRENO
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

Trámite CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Con destino a: **Instituto para la Recreación y el Deporte de Floridablanca IDEFLORIDA**

Fecha de Expedición 2026/03/17

Total a Pagar	**$ 110.000**

(415)8902012356005(8020)02502600191989(3900)00000000100000(96)

(415)8902012356006(8020)02502600191989(3900)00000000010000(96)

PRO HOSPITAL	$ 50.000
PRO UIS	$ 50.000
Total Estampillas	**$ 100.000**
Ordenanza 012	$ 10.000

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1098609305
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:			LINA YONAIRA RAMIREZ CARRENO
CIUDAD/MUNICIPIO:	PIEDECUESTA	DEPARTAMENTO:	SANTANDER
DIRECCIÓN:	CL 1 12 75	TELÉFONO:	1111111
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:		4647619378	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	febrero AÑO 2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	febrero AÑO 2026
DÍAS DE MORA:		15			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2026/03/18	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9996143107

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	$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 2.800	$ 0	$ 280.200	$ 2.800	$ 283.000
SUBTOTALES:										**$ 280.200**	**$ 2.800**	**$ 283.000**

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
EPS046	EPS046-SALUD MIA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 218.900	$ 0	$ 2.200	$ 0	$ 218.900	$ 2.200	$ 0	$ 221.100
SUBTOTALES:													**$ 218.900**	**$ 2.200**	**$ 0**	**$ 221.100**

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	$ 42.700	$ 42.700	$ 500	$ 0	$ 43.200
SUBTOTALES:									**$ 42.700**	**$ 500**	**$ 0**	**$ 43.200**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																						PARAFISCALES							
																									PENSIÓN										SALUD						ARP															
																												FSP		APORTES VOLUNTARIOS																			CCF		SENA		ICBF		ESAP		MINEDU
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	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	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	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 1098609305	RAMIREZ CARRENO LINA YONAIRA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.750.905				NO																	25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.750.905	$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 280.200	EPS046-SALUD MIA EPS	30	$ 1.750.905	$ 218.900	$ 0	$ 218.900	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	30	$ 1.750.905	109860930	$ 42.700		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 547.300

Planilla Pagada