



**Alcaldía Municipal de
Floridablanca**

OBLIGACIÓN CONTRAIDA

SECRETARÍA DE HACIENDA

**PROCESO: GESTIÓN Y MANEJO DE LAS FINANZAS
PUBLICAS**

CÓDIGO GMFP- F- 07

VERSIÓN 08

FECHA ELAB 28-Agosto-2019

FECHA APROB 2/01/2024

TRD 900

INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATISTA

NOMBRE COMPLETO AURA MARIA GOMEZ RINCON

C.C. O NIT 37725660 de Bucaramanga

NÚMERO TELEFÓNICO DE CONTACTO 3175006588

VALOR COBRADO 4,500,000.00

PERIODO DEL VALOR COBRADO DÍA: 29 MES: 03 AÑO: 2026 — DÍA: 28 MES:04 AÑO: 2026

INFORMACIÓN DEL CONTRATO:

TIPO DE CONTRATO

CONTRATO No.

FECHA INICIO DEL CONTRATO

CONTRATO DE PRESTACION DE
SERVICIOS PROFESIONALES

202600001052- Co1.pccntr.9043376

DÍA: 29 MES: 01 AÑO: 2026

CDP:26-01167

FECHA: 2026-01-15

RP:26-01114

FECHA: 2026-01-22

CDP ADICIONAL:

FECHA:

RP ADICIONAL:

FECHA:

OBJETO CONTRACTUAL:

CO1.PCCNTR.9043376 PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS PARA APOYAR LOS PROCESOS QUE SE DESARROLLEN EN LA OFICINA DE CONTROL INTERNO DE ACUERDO CON LA POLÍTICA DE GESTIÓN ESTRATEGICA DEL TALENTO HUMANO CON LA FINALIDAD DE MEJORAR LA GESTIÓN Y EL DESEMPEÑO INSTITUCIONAL DEL MUNICIPIO DE FLORIDABLANCA

CONTROL CUENTA BANCARIA DEL CONTRATISTA

ENTIDAD BANCARIA BANCO BBVA

NÚMERO DE CUENTA 232175786

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

Reynaldo Mateus Beltran

CARGO SUPERVISOR

Jefe de oficina control interno

FECHA DE REVISIÓN Y APROBACIÓN

DÍA:05

MES:05

AÑO: 2026

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

AURA MARIA GOMEZ RINCON
CONTRATISTA

REYNALDO MATEUS BELTRAN
Jefe de oficina control interno
SUPERVISOR

REVISÓ Y APROBÓ
OFICINA DE RADICACIÓN Y
DIGITALIZACIÓN

NÚMERO DE RADICADO

No. Folios:

Fecha:

Hora:



Alcaldía Municipal de
Floridablanca

**ACTA INFORME PARCIAL Y SUPERVISIÓN DE ACTIVIDADES
CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS**

CÓDIGO

GC-F-14

VERSIÓN

04

OFICINA DE CONTRATACIÓN

FECHA ELAB

Febrero-2017

FECHA APROB

02/01/2024

PROCESO: GESTION DE LA CONTRATACIÓN

TRD

103-14

ACTA No.	N° 3	TIPO DE CONTRATO	CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES		
INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO					
No. DE CONTRATO	202600001052- CO1.PCCNTR.9043376	FECHA DE CONTRATO	22 de enero de 2026		
NOMBRE CONTRATISTA	AURA MARIA GOMEZ RINCON, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 37725660 de Bucaramanga				
OBJETO DEL CONTRATO					
CO1.PCCNTR.9043376 PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS PARA APOYAR LOS PROCESOS QUE SE DESARROLLEN EN LA OFICINA DE CONTROL INTERNO DE ACUERDO CON LA POLÍTICA DE GESTIÓN ESTRATEGICA DEL TALENTO HUMANO CON LA FINALIDAD DE MEJORAR LA GESTIÓN Y EL DESEMPEÑO INSTITUCIONAL DEL MUNICIPIO DE FLORIDABLANCA					
LUGAR DE EJECUCIÓN	MUNICIPIO DE FLORIDABLANCA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR	REYNALDO MATEUS BELTRAN				
CARGO DEL SUPERVISOR	JEFE DE OFICINA CONTROL INTERNO				
OFICINA GESTORA	SECRETARÍA GENERAL				
PLAZO DEL CONTRATO	CUATRO (4) - Meses	PLAZO ADICIONAL DEL CONTRATO (si aplica)			
VALOR DEL CONTRATO	18,000,000.00	VALOR ADICIONAL DEL CONTRATO (si aplica)	0.00		
FECHA DE INICIO DEL CONTRATO	29 DE ENERO DE 2026				
FECHA DE TERMINACIÓN INICIAL	28/05/2026	FECHA DE TERMINACIÓN CON ADICIÓN (si aplica)			
REGISTROS PRESUPUESTALES					
REGISTROS INICIALES					
No. DE CDP	26-01167	FECHA DE EXPEDICIÓN CDP	2026-01-15		
No. DE RP	26-01114	FECHA DE EXPEDICIÓN RP	2026-01-22		
REGISTROS ADICIONALES (si aplica)					
No. DE CDP		FECHA DE EXPEDICIÓN CDP			
No. DE RP		FECHA DE EXPEDICIÓN RP			
PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL					
PERIODO	FECHA DE PAGO	NÚMERO DE PLANILLA	VALOR SALUD	VALOR PENSIÓN	VALOR ARL
			Sanitas	Colpensiones	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS
MARZO	2026-03-30	71351295	244,000.00	312,400.00	10,200.00
ABRIL	2026-03-30	71355097	244,000.00	312,400.00	10,200.00
MAYO	2026-05-04	79332744	244,000.00	312,400.00	10,200.00
PÓLIZA DE GARANTÍAS (si aplica)					
NOMBRE ASEGURADORA	NUMERO DE PÓLIZA		FECHA DE APROBACIÓN		
ESTAMPILLA DEPARTAMENTAL					
TIPO DE ESTAMPILLA	N° ESTAMPILLA		FECHA PAGO		
DEPARTAMENTAL	2502600288514		2026-05-04		
PERIODO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO					
PERIODO CUMPLIDO DE EJECUCIÓN	29/03/2026 a 28/04/2026				
VALOR A PAGAR	\$ 4,500,000.00 DE PESOS M/CTE				
DANDO CUMPLIMIENTO A LA CLÁUSULA TERCERA DEL PRESENTE CONTRATO, SE RELACIONAN LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL CUMPLIMIENTO DE ESTE PERIODO DE EJECUCIÓN:					
No.	ACTIVIDAD CONTRACTUAL	ACTIVIDAD REALIZADA		EVIDENCIA/SOPORTE	
1	Apoyar las actividades de la Oficina de Control Interno según la normatividad vigente (MECI, MIPG y demás).	Se brindo apoyo en el diligenciamiento y elaboración de formatos institucionales requeridos para el desarrollo de auditorías internas del proceso de Tecnologías de la Información, conforme a los lineamientos		Evidencias adjuntas en carpeta digital denominada "Evidencias Informe Mensual No. 3"	





Alcaldía Municipal de
Floridablanca

**ACTA INFORME PARCIAL Y SUPERVISIÓN DE ACTIVIDADES
CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS**

OFICINA DE CONTRATACIÓN

PROCESO: GESTION DE LA CONTRATACIÓN

CÓDIGO GC-F-14

VERSIÓN 04

FECHA ELAB Febrero-2017

FECHA APROB 02/01/2024

TRD 103-14

		establecidos por la Oficina de Control Interno y la normatividad vigente aplicable.	
2	Apoyar la identificación de necesidades de auditoría de acuerdo a la gestión del riesgo y los requerimientos de la alta dirección.	La actividad no fue ejecutada durante el presente periodo.	N/A
3	Apoyar la realización auditorías internas y seguimientos asignados por el jefe de la Oficina de Control Interno del Municipio de Floridablanca, que se encuentren establecidos dentro del Plan anual de Auditorías de la Oficina de Control Interno, que sean afines con el objeto contractual en el marco de su especialidad y experticia.	<p>Se elaboró el programa de trabajo para la auditoría interna del proceso de Tecnologías de la Información, definiendo las actividades, cronograma y alcance necesarios para su correcta ejecución.</p> <p>Se diligenció el formato CIGP-F-14_V00 – Instalación de Auditoría Interna, correspondiente a la auditoría del proceso de Tecnologías de la Información, conforme a los lineamientos establecidos por la Oficina de Control Interno.</p> <p>Elaboración y envío de correo oficial de solicitud de información y citación a reunión de apertura correspondiente a la Auditoría Interna del proceso de Tecnologías de la Información vigencia 2025, con corte a marzo de 2026, en el marco de las actividades de coordinación y ejecución del proceso auditor.</p> <p>Elaboración del formato CIGP-F-05_V06 – Lista de Verificación de Auditoría Interna, correspondiente a la auditoría del proceso de Tecnologías de la Información, mediante la formulación y estructuración de veinte (20) preguntas de verificación conforme a los criterios y lineamientos establecidos por la Oficina de Control Interno.</p>	Evidencias adjuntas en carpeta digital denominada "Evidencias Informe Mensual No. 3"
4	Elaborar informes de auditorías y seguimientos que se realicen.	La actividad no fue ejecutada durante el presente periodo.	N/A
5	Brindar acompañamiento en la identificación, formulación y adopción de planes de mejoramiento para la atención a hallazgos de auditorías internas, externas y requerimientos de entes de control.	La actividad no fue ejecutada durante el presente periodo.	N/A
6	Participar en reuniones en el marco de los roles asignados a las Oficinas de Control Interno autorizados y/o designadas por el supervisor del contrato.	Se participó en reunión realizada el día 24 de abril, en la cual se socializó y definió la auditoría a ejecutar, así como los lineamientos generales para el desarrollo del proceso auditor.	Evidencias adjuntas en carpeta digital denominada "Evidencias Informe Mensual No. 3"
7	Realizar seguimiento a la actualización y efectividad de los controles establecidos por la Alcaldía municipal de Floridablanca.	La actividad no fue ejecutada durante el presente periodo.	N/A
8	Presentar un informe detallado mensual con los avances realizados en el desarrollo de cada una de sus obligaciones contractuales.	Se presentó el informe mensual detallado, consolidando los avances y actividades ejecutadas en cumplimiento de las obligaciones contractuales.	Evidencias adjuntas en carpeta digital denominada "Evidencias Informe Mensual No. 3"
9	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.	Se realizó la carga de los documentos proyectados en el repositorio digital oficial (Drive) de la Oficina de Control Interno, garantizando su almacenamiento, trazabilidad, disponibilidad y control de la información.	Evidencias adjuntas en carpeta digital denominada "Evidencias Informe Mensual No. 3"
10	Comprometerse de manera expresa, tanto durante la vigencia del Contrato, como después de su extinción, a no difundir, transmitir, revelar a terceras personas cualquier	Se garantizó el cumplimiento del compromiso de confidencialidad respecto a la información institucional del Municipio de Floridablanca, asegurando su adecuado manejo, custodia y uso exclusivo	Evidencias adjuntas en carpeta digital denominada "Evidencias Informe Mensual No. 3"



Alcaldía Municipal de
Floridablanca

**ACTA INFORME PARCIAL Y SUPERVISIÓN DE ACTIVIDADES
CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS**

OFICINA DE CONTRATACIÓN

PROCESO: GESTION DE LA CONTRATACIÓN

CÓDIGO

GC-F-14

VERSIÓN

04

FECHA ELAB

Febrero-2017

FECHA APROB

02/01/2024

TRD

103-14

	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.		
11	Las demás obligaciones asignadas por el Supervisor que se generen del objeto contractual.	Elaboración de la presentación y del guion denominado "El Autocontrol: Pilar Fundamental de la Gestión Pública", dirigido a rectores y personal administrativo de las instituciones educativas, orientado al fortalecimiento de la cultura de control.	Evidencias adjuntas en carpeta digital denominada "Evidencias Informe Mensual No. 3"

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	\$18,000,000.00	
VALOR DEL CONTRATO CON ADICIÓN (si aplica)	\$0.00	
PRIMER PAGO	CUENTA 01	\$4,500,000.00
SEGUNDO PAGO	CUENTA 02	\$4,500,000.00
TERCERO PAGO	CUENTA 03	\$4,500,000.00
SALDO PENDIENTE POR EJECUTAR		\$4,500,000.00
TOTAL (sumas iguales)	\$ 18,000,000.00	\$ 18,000,000.00

Para constancia de lo anterior, se suscribe la presente Acta por quienes en ella intervinieron, en el municipio de Floridablanca - Santander, 05 días del mes de mayo de 2026


REYNALDO MATEUS BELTRAN
Jefe de oficina control interno
Supervisor


AURA MARIA GOMEZ RINCON,
C.C. No/ 37725660 de Bucaramanga
Contratista

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	37725660	AURA MARIA GOMEZ RINCON		Avenida 89 No 19 20 torre 3 apto 502	6076944054	amagori23@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			SANTANDER	BUCARAMANGA	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		71351295	30/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	\$0	\$566.600	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	244.000	0		0		0	0	0	0	244.000	1

TOTALES PENSIÓN													
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados	
25-14	Colpensiones	900336004-7	312.400	0	0	0	0	0	0	0	312.400	1	

TOTALES RIESGOS LABORALES														
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor									
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	10.200				10.200	0	0	10.200		102	10.200	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	244.000	244.000
Pensión	1	312.400	312.400
Riesgos Laborales	1	10.200	10.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	566.600	566.600

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	37725660	AURA MARIA GOMEZ RINCON		Avenida 89 No 19 20 torre 3 apto 502	6076944054	amagori23@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			SANTANDER	BUCARAMANGA	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DI/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DI/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		71355097	30/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	\$0	\$566.600	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	244.000	0		0		0	0	0	0	244.000	1

TOTALES PENSIÓN													
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados	
25-14	Colpensiones	900336004-7	312.400	0	0	0	0	0	0	0	312.400	1	

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	10.200				10.200	0	0	10.200			102	10.200	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	244.000	244.000
Pensión	1	312.400	312.400
Riesgos Laborales	1	10.200	10.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	566.600	566.600

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	37725660	AURA MARIA GOMEZ RINCON		Avenida 89 No 19 20 torre 3 apto 502	6076944054	amagori23@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			SANTANDER	BUCARAMANGA	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DI/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DI/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		79332744	04/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	\$0	\$566.600	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	244.000	0		0		0	0	0	0	244.000	1

TOTALES PENSIÓN													
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados	
25-14	Colpensiones	900336004-7	312.400	0	0	0	0	0	0	0	312.400	1	

TOTALES RIESGOS LABORALES														
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor									
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	10.200				10.200	0	0	10.200		102	10.200	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	244.000	244.000
Pensión	1	312.400	312.400
Riesgos Laborales	1	10.200	10.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	566.600	566.600

Recaudo de Estampillas

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recibo N°
2502600288514

Contribuyente

Trámite	CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
PRO HOSPITAL	\$ 90.000
PRO UIS	\$ 90.000
Total a Pagar	\$ 180.000

Fecha de Expedición 2026/04/28 Fecha Limite de Pago
Con destino a: Alcaldía de Floridablanca

Contribuyente	Tipo de Doc. CC	Número 37725660
Nombre AURA MARIA GOMEZ RINCON		
Dirección		Teléfono
Municipio		Departamento



(415)7709998038639(8020)02502600288514(3900)00000000180000(96)

VALOR BASE	\$ 4.500.000
VALOR TOTAL CONTRATO	\$ 18.000.000
VALOR ORDEN DE PAGO	\$ 4.500.000
FECHA CONTRATO	22/01/2026
NRO. CONTRATO	9043376
NUMERO ORDEN DE PAGO	3

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recado de Estampillas
2502600288514

Recibo N°

Trámite

Trámite	CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
Con destino a: Alcaldía de Floridablanca	
Tipo de Doc. CC	Número: 37725660
Nombre: AURA MARIA GOMEZ RINCON	
Dirección:	Teléfono:

VALOR BASE	\$ 4.500.000
VALOR TOTAL CONTRATO	\$ 18.000.000
VALOR ORDEN DE PAGO	\$ 4.500.000
FECHA CONTRATO	22/01/2026
NRO. CONTRATO	9043376

PRO HOSPITAL	\$ 90.000
PRO UIS	\$ 90.000

Total a Pagar \$ 180.000



¡ LE INVITAMOS A REGISTRARSE !
RUCD - REGISTRO ÚNICO DE CONTRIBUYENTES DEPARTAMENTAL
Gestione fácilmente sus obligaciones y participe en la construcción del Departamento que todos queremos.

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recado de Estampillas
2502600288514

Recibo N°

Gobernación

Trámite	CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
Con destino a: Alcaldía de Floridablanca	
PRO HOSPITAL	\$ 90.000
PRO UIS	\$ 90.000
Total a Pagar	\$ 180.000

Contribuyente	Tipo de Doc. CC	Número 37725660
Nombre AURA MARIA GOMEZ RINCON		
Dirección		Teléfono
Municipio		Departamento



(415)8902012356005(8020)02502600288514(3900)00000000180000(96)

VALOR BASE	\$ 4.500.000
VALOR TOTAL CONTRATO	\$ 18.000.000
VALOR ORDEN DE PAGO	\$ 4.500.000
FECHA CONTRATO	22/01/2026
NRO. CONTRATO	9043376

Fecha de Expedición 2026/04/28
Fecha Limite de Pago

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recado de Estampillas
2502600288514

Recibo N°

Banco

Contribuyente	Tipo de Doc. CC	Número 37725660
Nombre AURA MARIA GOMEZ RINCON		
Dirección		Teléfono
Municipio		Departamento



(415)8902012356005(8020)02502600288514(3900)00000000180000(96)

Trámite	CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
Con destino a: Alcaldía de Floridablanca	
Fecha de Expedición 2026/04/28	
Total a Pagar	\$ 180.000

PRO HOSPITAL	\$ 90.000
PRO UIS	\$ 90.000

Total Estampillas \$ 180.000

BBVA Colombia
NIT 860.003.020-1
Certifica

Que nuestro(a) cliente **AURA MARIA GOMEZ RINCON**, identificado(a) con **cédula ciudadanía número 37.725.660** se encuentra vinculado(a) a nuestra entidad a través de la **CUENTA DE AHORROS LIBRETON No. 232175786** aperturada el **07 de febrero de 2011**, cuenta activa y que a la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido contractualmente.

Esta certificación se expide a solicitud del titular con destino a quien interese, a los **05** días del mes de **mayo** del año **2026**.

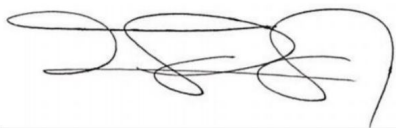
Para trámites de nómina, legales, internacionales y otros, también puedes usar las siguientes opciones de números de cuenta:

Cuenta de 10 dígitos: **0232175786**

Cuenta de 16 dígitos: **0232000200175786**

Cuenta de 20 dígitos: **00130232000200175786**

Firma autográfica



Responsable servicio al cliente
BBVA Colombia

Nota: el saldo no incluye valores de cheques en proceso de canje.

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, AURA MARIA GOMEZ RINCON, con documento de identificación No. 37725660 expedido en BUCARAMANGA.

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE:

Estoy vinculado a la Alcaldía de Floridablanca, hasta el 28 de MAYO de 2026 mediante contrato por prestación de servicios y para efectos de la aplicación de la tabla de retención en la fuente de qué trata el artículo 383 del Estatuto tributario a las rentas 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 cumpla 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.

Floridablanca, 05 de mayo de 2026

FIRMA