	PROCESO CONTRATACIÓN		CÓDIGO: FT – JUR -01
			SERIE:
	LISTA DE VERIFICACION PROCESO PAGO DE CONTRATOS DE PRESTACION DE SERVICIO – CPS		VERSIÓN: 02
			PÁGINA 1 DE 1

NOMBRE DEL CONTRATISTA: LIZETH PAOLA CHAHIN DELGADO		DEPENDENCIA SOLICITANTE: DIRECCION GENERAL
DURACIÓN DEL CONTRATO: 6 MESES	No. DE CONTRATO: CO1.PCCNTR.9099042	VALOR DEL CONTRATO: \$19.800.000


ITEM	NOMBRE DEL DOCUMENTO	VERIFICACION SOPORTES DOCUMENTALES POR PARTE DEL SUPERVISOR	VALIDACION DE SOPORTES DOCUMENTALES PRESUPUESTO DTF
PARA CUENTA DE COBRO MENSUAL			
1	ACTA DE INICIO (SOLO PARA LA PRIMERA CUENTA)	N/A	
2	INFORME DE SUPERVISION Y ACTIVIDADES DEL CONTRATISTA CPS (FT-SGJ-002)	✓	
3	OBLIGACION CONTRAIDA (FT-SGJ-003)	✓	
4	PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL	✓	
5	PAGO DE ESTAMPILLAS DEPARTAMENTALES	✓	
6	COPIA DEL REGISTRO UNICO TRIBUTARIO RUT (SOLO PARA LA PRIMERA CUENTA)	N/A	
7	CERTIFICACIÓN BANCARIA (SOLO PARA LA PRIMERA CUENTA)	N/A	
8	CERTIFICACION DE AFILIACION ARL (SOLO PARA LA PRIMERA CUENTA)	N/A	
9	ACTA DE SUSPENSIÓN DEL CONTRATO (SOLO CUANDO HAYA LUGAR)	N/A	
10	ACTA DE REINICIO DE CONTRATO (SOLO CUANDO HAYA LUGAR)	N/A	

PARA LIQUIDACION DEL CONTRATO			
1	ACTA DE LIQUIDACION POR MUTUO ACUERDO (FT-JC-013).		
2	ACTA DE LIQUIDACION ANTICIPADA (FT-JC-041) (SI APLICA).		
3	INFORME DE SUPERVISION Y ACTIVIDADES DEL CONTRATISTA CPS (FT-SGJ-002)		
4	ACTA DE TERMINACION CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS (FT-SGJ-0093)		
5	PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL		
6	PAGO DE ESTAMPILLAS DEPARTAMENTALES		
7	SOPORTE RETIRO DECLARACION BIENES Y RENTAS LEY 2013 DE 2019 (SIGEP II)		
8	CERTIFICACION DE AFILIACION ARL (CON FECHA ACTUAL)		

NOTA: Todas las cuentas debidamente fechadas, deberán ser escaneadas y cargadas a la plataforma del SECOP II.

APROBACION SUPERVISOR

ENTREGA A SEC. GENERAL Y JURIDICA

	PROCESO CONTRATACIÓN		CÓDIGO: FT –JUR- 002
			SERIE:
	INFORME DE SUPERVISION Y ACTIVIDADES DEL CONTRATISTA CPS		VERSIÓN: 02
			PÁGINA 1 DE 2

TIPO DE CONTRATO	CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION
-------------------------	---

INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO			
---	--	--	--

No. DE CONTRATO	CO1.PCCNTR.9099042	FECHA DE CONTRATO	23/01/2026
------------------------	--------------------	--------------------------	------------

NOMBRE CONTRATISTA	LIZETH PAOLA CHAHIN DELGADO, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1.098.756.712 DE BUCARAMANGA
---------------------------	--

OBJETO DEL CONTRATO			
----------------------------	--	--	--

“PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION EN LA OFICINA DE DIRECCION Y JURIDICA DE LA DIRECCION DE TRANSITO Y TRANSPORTE DE FLORIDABLANCA – REVOCATORIAS SEGUNDA INSTANCIAS Y CONSEJO DIRECTIVO DE TRANSITO”

LUGAR DE EJECUCIÓN	DIRECCION DE TRANSITO Y TRANSPORTE DE FLORIDABLANCA
---------------------------	---

NOMBRE DEL SUPERVISOR	JAHIR ANDRES CASTELLANOS PRADA
------------------------------	--------------------------------

CARGO DEL SUPERVISOR	DIRECTOR GENERAL
-----------------------------	------------------

OFICINA GESTORA	DIRECCION GENERAL
------------------------	-------------------

PLAZO DEL CONTRATO	6 MESES	PLAZO ADICIONAL DEL CONTRATO (si aplica)	N/A
---------------------------	---------	---	-----

VALOR DEL CONTRATO	19.800.000	VALOR ADICIONAL DEL CONTRATO (si aplica)	N/A
---------------------------	------------	---	-----

FECHA DE INICIO DEL CONTRATO	26/01/2026
-------------------------------------	------------

FECHA DE TERMINACIÓN INICIAL	25/07/2026	FECHA DE TERMINACIÓN CON ADICIÓN (si aplica)	N/A
-------------------------------------	------------	---	-----

REGISTROS PRESUPUESTALES			
---------------------------------	--	--	--

REGISTROS INICIALES			
----------------------------	--	--	--

No. DE CDP	0060	FECHA DE EXPEDICIÓN CDP	20/01/2026
-------------------	------	--------------------------------	------------

No. DE RP	0059	FECHA DE EXPEDICIÓN RP	26/01/2026
------------------	------	-------------------------------	------------

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
			EPS SURA	PORVENIR	COLMENA

2026-04	07/04/2026	72672746	218.900	280.200	9.200
---------	------------	----------	---------	---------	-------

2026-05	05/05/2026	79076701	218.900	280.200	9.200
---------	------------	----------	---------	---------	-------

PÓLIZA DE GARANTÍAS (si aplica)		
--	--	--

NOMBRE ASEGURADORA	NUMERO DE PÓLIZA	FECHA DE APROBACIÓN
---------------------------	-------------------------	----------------------------

N/A	N/A	N/A
-----	-----	-----

ESTAMPILLA DEPARTAMENTAL		
---------------------------------	--	--

No. ESTAMPILLA	VALOR	FECHA PAGO
-----------------------	--------------	-------------------

2502600357188	\$132.000	28/05/2026
---------------	-----------	------------


PERIODO DEL INFORME DEL CONTRATO	
---	--

PERIODO CUMPLIDO DE EJECUCIÓN	26/04/2026 AL 25/05/2026
--------------------------------------	--------------------------

VALOR A PAGAR	TRES MILLONES TRESCIENTOS MIL PESOS M/CTE (\$3.300.000)
----------------------	---

DANDO CUMPLIMIENTO A LA CLÁUSULA SEGUNDA 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.	Apoyar la elaboración, revisión y organización de insumos jurídicos relacionados con la atención de derechos de petición, acciones de tutela, incidentes de desacato y demás requerimientos que se presenten en el marco de los	Durante este periodo se efectuó el estudio y elaboración de respuestas a derechos de petición, garantizando la atención oportuna y de fondo de las solicitudes presentadas ante la entidad. Igualmente, se apoyó la atención de acciones de tutela mediante la proyección de contestaciones y actuaciones derivadas del cumplimiento de fallos	<ul style="list-style-type: none"> • Respuestas a derechos de petición. • Contestaciones de acciones de tutela. • Documentos y actuaciones relacionadas con cumplimiento de fallos.

	PROCESO CONTRATACIÓN	CÓDIGO: FT –JUR- 002
		SERIE:
	INFORME DE SUPERVISION Y ACTIVIDADES DEL CONTRATISTA CPS	VERSIÓN: 02
		PÁGINA 2 DE 2

	procesos, así como revocatorias directas, segundas instancias y actuaciones propias del Concejo Directivo de Tránsito, cuando le sean asignados.	judiciales, conforme a los requerimientos efectuados por los despachos judiciales. De igual manera, se adelantó la revisión y sustanciación de trámites de revocatoria directa.	<ul style="list-style-type: none"> Proyectos y documentos correspondientes a trámites de revocatoria directa.
2.	Apoyar la proyección, revisión y organización de borradores de actos administrativos y demás documentos jurídicos cuando le sean asignados	Se brindó apoyo en la elaboración y revisión de documentos jurídicos asociados a trámites de revocatoria directa, verificando la adecuada fundamentación normativa y la coherencia jurídica de los proyectos elaborados.	<ul style="list-style-type: none"> Actos administrativos relacionados con revocatorias directas.
3.	Apoyar la preparación, asistencia y elaboración de actas, relatorias, informes o memorias de las sesiones, reuniones, comités y/o diligencias de carácter jurídico que se adelanten en desarrollo de las funciones de la Secretaria General Jurídica, incluyendo aquellas relacionadas con el Concejo Directivo de Tránsito.	Durante el período objeto del presente informe no se desarrollaron actividades relacionadas con esta obligación contractual.	No aplica.
4.	Apoyar las actividades administrativas y jurídicas relacionadas con el proceso contravencional de las infracciones de tránsito, revocatorias directas y segundas instancias, mediante la organización de expedientes, verificación documental, consulta normativa y elaboración de insumos de apoyo, de acuerdo con la normatividad vigente.	Se apoyaron actividades jurídicas relacionadas con los trámites de revocatoria directa, mediante la revisión documental de los expedientes, análisis de antecedentes administrativos y consulta de la normativa aplicable, con el propósito de fortalecer los insumos necesarios para la toma de decisiones dentro de los asuntos asignados.	<ul style="list-style-type: none"> Expedientes revisados dentro de trámites de revocatoria directa.

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

OBSERVACIONES SUPERVISOR DEL CONTRATO

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 **INFORME**; 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	\$ 19.800.000	
VALOR DEL CONTRATO CON ADICIÓN (si aplica)	N/A	
PRIMER PAGO		\$ 3.300.000
SEGUNDO PAGO		\$ 3.300.000
TERCER PAGO		\$ 3.300.000
CUARTO PAGO		\$ 3.300.000
SALDO PENDIENTE POR EJECUTAR		\$ 6.600.000
TOTAL (sumas iguales)	\$ 19.800.000	\$ 19.800.000

Para constancia de lo anterior, se suscribe el presente Informe por quienes en ella intervinieron, en el municipio de Floridablanca - Santander, **01/ 06 / 2026**.



JAHIR ANDRES CASTELLANOS PRADA
Director General
SUPERVISOR DEL CONTRATO



LIZETH PAOLA CHAHIN DELGADO
CC. No. 1.098.756.712 DE BUCARAMANGA
CONTRATISTA



PROCESO CONTRATACIÓN	CÓDIGO: FT -JUR- 003
	SERIE:
OBLIGACION CONTRAIDA CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS	VERSIÓN: 02
	PÁGINA 1 DE 1

INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATISTA							
NOMBRE COMPLETO	LIZETH PAOLA CHAHIN DELGADO						
C.C. O NIT	CC 1.098.756.712						
VALOR A COBRAR	\$ 3.300.000 TRES MILLONES TRESCIENTOS MIL PESOS						
PERIODO DEL VALOR A COBRAR	DÍA: 26	MES: 04	AÑO: 2026	AI	DÍA: 25	MES: 05	AÑO: 2026
INFORMACIÓN DEL CONTRATO:							
TIPO DE CONTRATO	CONTRATO No.			FECHA INICIO DEL CONTRATO			
PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION	CO1.PCCNTR.9099042			DÍA: 26	MES: 01	AÑO:2026	
CDP: N° 0060	FECHA: 20/01/2026	RP: N°0059		FECHA: 26/01/2026			
CDP Adicional N° N/A	FECHA: N/A	RP: N/A		FECHA N/A			
OBJETO CONTRACTUAL:	"PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION EN LA OFICINA DE DIRECCION Y JURIDICA DE LA DIRECCION DE TRANSITO Y TRANSPORTE DE FLORIDABLANCA – REVOCATORIAS SEGUNDA INSTANCIAS Y CONSEJO DIRECTIVO DE TRANSITO"						
EJECUCIÓN DEL CONTRATO							
DETALLE	CONTRATADO			PAGOS REALIZADOS			
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$19.800.000						
VALOR ADICION							
PRIMER PAGO (26/01/2026 a 25/02/2026)				\$3.300.000			
SEGUNDO PAGO (26/02/2026 a 25/03/2026)				\$3.300.000			
TERCER PAGO (26/03/2026 a 25/04/2026)				\$3.300.000			
CUARTO PAGO (26/04/2026 a 25/05/2026)				\$3.300.000			
SALDO PENDIENTE A EJECUTAR				\$6.600.000			
SALDO A FAVOR DE LA ENTIDAD							
TOTAL (SUMAS IGUALES)	\$19.800.000			\$19.800.000			
CONTROL CUENTA BANCARIA DEL CONTRATISTA							
ENTIDAD BANCARIA	BANCOLOMBIA						
NÚMERO DE CUENTA	795-735477-60			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	JAHIR ANDRES CASTELLANOS PRADA						
CARGO SUPERVISOR	DIRECTOR GENERAL						
FECHA DE REVISIÓN Y APROBACIÓN	DÍA: 1	MES: 06		AÑO: 2026			
CERTIFICO QUE CUMPLO CON LAS RESPONSABILIDADES COMO SUPERVISOR DE ESTE CONTRATO DEFINIDAS POR LA LEY Y REGLAMENTOS, SEÑALADOS EN EL DOCUMENTO "DESIGNACIÓN Y/O NOTIFICACIÓN DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO".							
FIRMAS RESPONSABLES							
JAHIR ANDRES CASTELLANOS PRADA Director General SUPERVISOR DEL CONTRATO				LIZETH PAOLA CHAHIN DELGADO CC. No. 1.098.756.712 DE BUCARAMANGA CONTRATISTA			

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1098756712	LIZETH PAOLA CHAHIN DELGADO		Calle 58 # 9-24 Km 6 via Giron	6531970	sg-sst@icdistribuciones.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 (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		72672746	07/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	\$0	\$508.300	

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					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	218.900	0		0		0	0	0	0	218.900	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	
230301	Porvenir	800224808-8	280.200	0	0	0	0	0	0	0	280.200	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										
14-25	Riesgos prof Colmena	800226175-3	9.200				9.200	0	0	9.200			92	9.200	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	218.900	218.900
Pensión	1	280.200	280.200
Riesgos Laborales	1	9.200	9.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	508.300	508.300

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1098756712	LIZETH PAOLA CHAHIN DELGADO		Calle 58 # 9-24 Km 6 via Giron	6531970	sg-sst@icdistribuciones.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			SANTANDER	BUCARAMANGA	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		72672746	07/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	\$0	\$508.300	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE			INFORMACIÓN NOVEDADES													PENSIÓN				SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES																		
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Sueldo	Extranjero	Colom. anterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	USP	SAJ	ISE	LMA	VAC	APP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN			
1	CC 1098756712	CHAHIN DELGADO LIZETH PAOLA	59	0			N																230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS010	1.750.905	30	218.900	14-25	1.750.905	30	1	9.200		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1098756712	LIZETH PAOLA CHAHIN DELGADO		Calle 58 # 9-24 Km 6 via Giron	6531970	sg-sst@icdistribuciones.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			SANTANDER	BUCARAMANGA	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		79076701	05/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	\$0	\$508.300	

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					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	218.900	0		0		0	0	0	0	218.900	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
230301	Porvenir	800224808-8	280.200	0	0	0	0	0	0		280.200	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										
14-25	Riesgos prof Colmena	800226175-3	9.200				9.200	0	0	9.200			92	9.200	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	218.900	218.900
Pensión	1	280.200	280.200
Riesgos Laborales	1	9.200	9.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	508.300	508.300

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1098756712	LIZETH PAOLA CHAHIN DELGADO		Calle 58 # 9-24 Km 6 via Giron	6531970	sg-sst@icdistribuciones.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			SANTANDER	BUCARAMANGA	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		79076701	05/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	\$0	\$508.300	

DETALLE POR COTIZANTE																																																					
INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES																				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres		Cotizante	Salud	Extranjero	Colom. exarator	Exonerado	ING	RET	TDE	TPE	TTP	TSP	TSP	SEN	ISE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN				
1	CC 1098756712	CHAHIN DELGADO LIZETH PAOLA		59	0			N															230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS010	1.750.905	30	218.900	14-25	1.750.905	30	1	9.200		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Recaudo de Estampillas

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recibo N°
2502600357188

Contribuyente

Trámite	CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
PRO HOSPITAL	\$ 66.000
PRO UIS	\$ 66.000
Total a Pagar	\$ 132.000

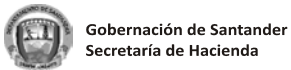
Contribuyente	Tipo de Doc. CC	Número 1098756712
Nombre	LIZETH PAOLA CHAHIN DELGADO	
Dirección	Teléfono	
Municipio	Departamento	



(415)7709998038639(8020)02502600357188(3900)00000000132000(96)20260603

VALOR BASE	\$ 3.300.000
VALOR TOTAL CONTRATO	\$ 19.800.000
VALOR ORDEN DE PAGO	\$ 3.300.000
FECHA CONTRATO	23/01/2026
NRO. CONTRATO	9099042
NUMERO ORDEN DE PAGO	4

Fecha de Expedición 2026/05/28 Fecha Limite de Pago 2026/06/03
Con destino a: Dirección de Tránsito Y Transporte de Floridablanca



Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo N°
2502600357188

Trámite

Trámite	CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
Con destino a:	Dirección de Tránsito Y Transporte de Floridablanca
Tipo de Doc. CC	Número: 1098756712
Nombre: LIZETH PAOLA CHAHIN DELGADO	Dirección:
Dirección:	Teléfono:

VALOR BASE	\$ 3.300.000
VALOR TOTAL CONTRATO	\$ 19.800.000
VALOR ORDEN DE PAGO	\$ 3.300.000
FECHA CONTRATO	23/01/2026
NRO. CONTRATO	9099042

PRO HOSPITAL	\$ 66.000
PRO UIS	\$ 66.000

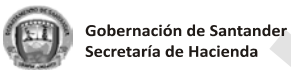
Total a Pagar \$ 132.000



¡ 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

Recaudo de Estampillas 2502600357188

Recibo N°

Gobernación

Trámite	CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
Con destino a:	Dirección de Tránsito Y Transporte de Floridablanca
PRO HOSPITAL	\$ 66.000
PRO UIS	\$ 66.000
Total a Pagar	\$ 132.000

Contribuyente	Tipo de Doc. CC	Número 1098756712
Nombre	LIZETH PAOLA CHAHIN DELGADO	
Dirección	Teléfono	
Municipio	Departamento	

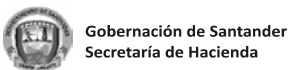


(415)8902012356005(8020)02502600357188(3900)00000000132000(96)20260603

VALOR BASE	\$ 3.300.000
VALOR TOTAL CONTRATO	\$ 19.800.000
VALOR ORDEN DE PAGO	\$ 3.300.000
FECHA CONTRATO	23/01/2026
NRO. CONTRATO	9099042

Fecha de Expedición 2026/05/28

Fecha Limite de Pago 2026/06/03



Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas 2502600357188

Recibo N°

Banco

Con ribuyen e	Tipo de Doc. CC	Número 1098756712
Nombre	LIZETH PAOLA CHAHIN DELGADO	
Dirección	Teléfono	
Municipio	Departamento	

Trámite	CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
Con destino a:	Dirección de Tránsito Y Transporte de Floridablanca
Fecha de Expedición	2026/05/28
Total a Pagar	\$ 132.000



(415)8902012356005(8020)02502600357188(3900)00000000132000(96)20260603

PRO HOSPITAL	\$ 66.000
PRO UIS	\$ 66.000

Total Estampillas \$ 132.000