Gobernación de Caquetá

Declaración sugerida de Estampillas y Tasa Prodeporte y Recreación

Pago Electrónico

Fecha de expedición **14/09/2026**
Fecha límite de pago **05/11/2026**
No. de declaración **1802600014820**

DEPARTAMENTO

DATOS DEL DECLARANTE

Nombre o razón social **ERWIN FREDY IBANEZ PENA**
Tipo y No. de documento **CC 17654454**
Dirección
Municipio, Departamento **FLORENCIA**
Correo
Teléfono
Celular

ENTIDAD CONTRATANTE

NIT **891190011**
Entidad **E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL S/VICENTE**

INFORMACIÓN CONTRATO/CONVENIO

No. contrato o convenio **20260576**
Fecha **08/09/2026**
Subtrámite **CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTIÓN**

FIRMA DEL DECLARANTE

Declaro que la información aquí contenida es voluntaria y correcta.
El Departamento se reserva el derecho a fiscalizarla.

LIQUIDACIÓN

Valor contrato/convenio	**$6.000.000**
Valor base	**$6.000.000**
Valor orden de pago	**$6.000.000**
No. de orden de pago	1

DETALLE CONCEPTOS GENERADOS

PRO CULTURA(0,75%)	$45.000
PRO DESARROLLO(0,5%)	$30.000
PRO DESARROLLO DE U. DE LA AMAZONIA(0,5%)	$30.000

PAGOS

Total estampillas, tasa y deporte	$105.000
Total Sanciones	
Total intereses	
TOTAL A PAGAR	**$105.000**

RE.OP-24L - 09/10/2025 - V 0.0

(415)0000000024465(8020)01802600014820(3900)0000000105000(96)20261105

Gobernación de Caquetá

Declaración sugerida de Estampillas y Tasa Prodeporte y Recreación

Pago Electrónico

Fecha de expedición **14/09/2026**
Fecha límite de pago **05/11/2026**
No. de declaración **1802600014820**

CONTRIBUYENTE

DATOS DEL DECLARANTE

Nombre o razón social **ERWIN FREDY IBANEZ PENA**
Tipo y No. de documento **CC 17654454**

ENTIDAD CONTRATANTE

NIT **891190011**
Entidad **E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL S/VICENTE**

LIQUIDACIÓN

Valor contrato/convenio	**$6.000.000**
Valor base	**$6.000.000**
No. de orden de pago	**1**

DETALLE CONCEPTOS GENERADOS

PRO CULTURA(0,75%)	$45.000
PRO DESARROLLO(0,5%)	$30.000
PRO DESARROLLO DE U. DE LA AMAZONIA(0,5%)	$30.000

PAGOS

Total estampillas, tasa y deporte	$105.000
Total Sanciones	
Total intereses	
TOTAL A PAGAR	**$105.000**

RE.OP-24L - 09/10/2025 - V 0.0

Gobernación de Caquetá

Declaración sugerida de Estampillas y Tasa Prodeporte y Recreación

Pago Electrónico

Fecha de expedición **14/09/2026**
Fecha límite de pago **05/11/2026**
No. de declaración **1802600014820**

BANCO

DATOS DEL DECLARANTE

Nombre o razón social **ERWIN FREDY IBANEZ PENA**
Tipo y No. de documento **CC 17654454**

ENTIDAD CONTRATANTE

NIT **891190011**
Entidad **E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL S/VICENTE**

DETALLE CONCEPTOS GENERADOS

PRO CULTURA(0,75%)	$45.000
PRO DESARROLLO(0,5%)	$30.000
PRO DESARROLLO DE U. DE LA AMAZONIA(0,5%)	$30.000

PAGOS

Total estampillas, tasa y deporte	$105.000
Total Sanciones	
Total intereses	
TOTAL A PAGAR	**$105.000**

RE.OP-24L - 09/10/2025 - V 0.0

(415)0000000024465(8020)01802600014820(3900)0000000105000(96)20261105