

SOLICITUD DE OBLIGACIÓN CONTRAÍDA

Uso exclusivo Dirección de Contabilidad – Recursos Financieros Secretaría de Salud – Equipo de Contabilidad SED

Radicado No.

Fecha y Hora:

No. Folios

BENEFICIARIO :

YONATHAN STIPF TELLEZ CASTILO

C.C. o NIT :

91.017.791

VALOR :

QUINIENTOS UN MIL QUINIENTOS NUEVE PESOS MCTE (\$ 501.509=)

DOCUMENTO PRINCIPAL

Contrato

☒

Convenio

☐

Resolución

☐

No.

2940

Fecha

28/12/2017

Adicional

☐

Otro

☐

No.

Fecha

DD/MM/AAAA

Número BPIN

2017004660024

Número SSEPI

20160680000066

NOTA: SOLAMENTE SE DILIGENCIA la casilla Número BPIN si el pago corresponde a PROYECTOS financiados por el Sistema General de Regalías (SGR) ó Número SSEPI si corresponde a PROYECTOS registrados en el Banco de Proyectos de Inversión Departamental

DOCUMENTOS ANEXOS :

Pago Seguridad Social y Parafiscales

☒

Certificación Bancaria

☒

Certificación Aportes Sena en Contratos de Obra

☐

Entrada Almacén

☐

Rembolso de Caja Menor

☐

Resolución

☐

Otros

☐

Acta de recibo parcial , Informe de supervisión y anexo No. 01

CDP No.: 17009324

RP No.: 17013293

Rubro Presupuestal: A.2.4.13.04 -

Vigencia: 2017

Periodo a Cobrar

Desde: 29/05/2018

Hasta: 28/06/2018

Acta

☒

Parcial

☒

No.

6

Informe Supervisión

☒

Final

☐

CONCEPTO:

Anticipo

☐

%

☐

Desembolso

☐

Pago Anticipado

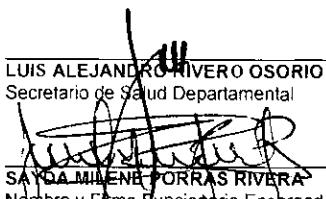
☐

CUOTA 6 DE 7 DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIO No. 2940 DEL 28 DE Diciembre DE 2017, CUYO OBJETO "REALIZAR SEGUIMIENTO A LA VIGILANCIA, INSPECCIÓN Y CONTROL DE LAS INSTITUCIONES QUE CONFORMAN EL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD DEL DEPARTAMENTO MEDIANTE LA CONTRATACIÓN DE PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION, ENMARCADO DENTRO DEL PROYECTO FORTALECIMIENTO DE LA AUTORIDAD SANITARIA, INSPECCIÓN VIGILANCIA Y CONTROL DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE LA CALIDAD EN LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD, INSTITUCIONES Y ESTABLECIMIENTOS FARMACEUTICOS DEL DEPARTAMENTO DE SANTANDER" SEGÚN DECRETO NO 043 DEL 15 DE FEBRERO DE 2018, POR MEDIO DEL CUAL SE CONSTITUYO LA RESERVA PRESUPUESTAL. se elaboran dos SOLICITUDES DE OBLIGACION CONTRAIDA por el mismo concepto ya que para este pago se requieren de dos CDP Y de dos RP los documentos originales se anexan en la presente obligación

RESPONSABLES :

LUIS ALEJANDRO RIVERO OSORIO

Secretario de Salud Departamental



SAYDA MILENE PORRAS RIVERA

Supervisor del Contrato



Nombre y Firma Funcionario Encargado del Trámite

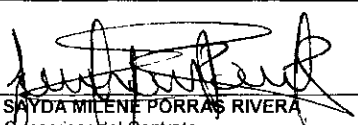
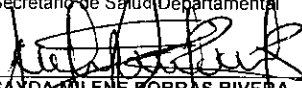
Teléfono: 6336233 Ext. 1248-1302

Uso exclusivo Dirección de Contabilidad – Recursos Financieros Secretaría de Salud – Equipo de Contabilidad SED			
LIQUIOACIÓN OESCIENTOS			
CONCEPTO	BASE	VALOR RETENCIONES Y/O DEDUCCIONES	ESTAMPILLAS
Vr. Antes de IVA			Pro Hospital
IVA			Pro UIS
R. Fuente 1			Pro Desarrollo
R. Fuente 2			Pro Electrificación
R. Fuente 3			Pro Cultura
R. ICA			Pro Reforestación
Connoción			Pro Bienest. A. Mayor
Otros			Pro Anciano

OBSERVACIONES

Subir

Se cup

	SOLICITUD OBLIGACIÓN CONTRAIDA		CÓDIGO	AP-GF-RG-14						
			VERSIÓN	7						
			FECHA DE APROBACIÓN	29/07/2015						
			PÁGINA	1 de 1						
SOLICITUD DE OBLIGACIÓN CONTRAÍDA										
Uso exclusivo Dirección de Contabilidad – Recursos Financieros Secretaría de Salud – Equipo de Contabilidad SED										
Radicado No.		Fecha y Hora:		No. Folios						
BENEFICIARIO :		YONATHAN STIFF TELLEZ CASTILO								
C.C. o NIT :	91.017.791									
VALOR :	QUINIENTOS UN MIL QUINIENTOS NUEVE PESOS MCTE (\$ 501.509=)									
DOCUMENTO PRINCIPAL	Contrato	☒	Convenio	☐	Resolución	☐	No.	2940	Fecha	28/12/2017
	Adicional	☐	Otro	☐	No.		Fecha	DD/MM/AAAA		
Número BPIN 2017004660024			Número SSEPI. 20160680000066							
NOTA: SOLAMENTE SE DILIGENCIA la casilla Número BPIN si el pago corresponde a PROYECTOS financiados por el Sistema General de Regalías (SGR) ó Número SSEPI si corresponde a PROYECTOS registrados en el Banco de Proyectos de Inversión Departamental										
DOCUMENTOS ANEXOS :	Pago Seguridad Social y Parafiscales	☒	Certificación Bancaria	☒	Certificación Aportes Sena en Contratos de Obra	☐				
	Entrada Almacén	☐	Reembolsos de Caja Menor	☐	Resolución	☐				
	Otros	☐	Acta de recibo parcial , Informe de supervisión y anexo No. 01							
CDP No.:	17009324	RP No.:	17013293	Rubro Presupuestal:	A.2.4.13.04 -			Vigencia:	2017	
Periodo a Cobrar	Desde: 29/05/2018	Hasta:	28/06/2018	Acta	☒	Parcial	☒	No.	6	
				Informe Supervisión	☒	Final	☐			
CONCEPTO:	Anticipo	%	Desembolso		Pago Anticipado					
CUOTA 6 DE 7 DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIO No. 2940 DEL 28 DE Diciembre DE 2017, CUYO OBJETO "REALIZAR SEGUIMIENTO A LA VIGILANCIA, INSPECCIÓN Y CONTROL DE LAS INSTITUCIONES QUE CONFORMAN EL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD DEL DEPARTAMENTO MEDIANTE LA CONTRATACIÓN DE PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION, ENMARCADO DENTRO DEL PROYECTO FORTALECIMIENTO DE LA AUTORIDAD SANITARIA, INSPECCIÓN VIGILANCIA Y CONTROL DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE LA CALIDAD EN LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD, INSTITUCIONES Y ESTABLECIMIENTOS FARMACEUTICOS DEL DEPARTAMENTO DE SANTANDER" SEGÚN DECRETO NO 043 DEL 15 DE FEBRERO DE 2018, POR MEDIO DEL CUAL SE CONSTITUYO LA RESERVA PRESUPUESTAL. se elaboran dos SOLICITUDES DE OBLIGACION CONTRAIDA por el mismo concepto ya que para este pago se requieren de dos CDP Y de dos RP los documentos originales se anexan en la presente obligación										
RESPONSABLES :										
<div><div> LUIS ALEJANDRO RIVERO OSORIO Secretario de Salud Departamental</div><div> SAYDA MILENE PORRAS RIVERA Supervisor del Contrato</div><div> SAYDA MILENE PORRAS RIVERA Nombre y Firma Funcionario Encargado del Trámite</div></div>										
Teléfono: 6336233 Ext. 1248-1302										

Uso exclusivo Dirección de Contabilidad – Recursos Financieros Secretaría de Salud – Equipo de Contabilidad SED			
LIQUIDACIÓN DESCUENTOS			
CONCEPTO	BASE	VALOR RETENCIONES Y/O DEDUCCIONES	ESTAMPILLAS
Vr. Antes de IVA			Pro Hospital
IVA			Pro UIS
R. Fuente 1			Pro Desarrollo
R. Fuente 2			Pro Electrificación
R. Fuente 3			Pro Cultura
R. ICA			Pro Reforestación
Connoción			Pro Bienest. A. Mayor
Otros			Pro Anciano

OBSERVACIONES

Referencia Bancaria

Lunes, 26 de Febrero de 2018

Señor(a)
Gobernación De Santander

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que YONATHAN STIPF TELLEZ CASTILLO identificado(a) con CC 91017791, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Nombre Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	79291398524	2012/12/13	ACTIVA

* 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: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 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.

Carolina Giraldo G.
Carolina Giraldo Giraldo
Gerente Estrategia Canal Telefónico

le estamos poniendo el alma



Bancolombia nunca le solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correospechosos@bancolombia.com



PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACION APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL



DATOS GENERALES DEL APORTANTE		DATOS GENERALES DE LA PLANILLA	
NOMBRE O RAZON SOCIAL: CREDITO CREDITO NOMBRE DE CREDITO		NOMBRE PLANILLA: YOMAMAN SIF TELECOMUNICACIONES	
CIUDAD/PAIS: CORDOBA/PAIS		NRO. AÑO: 4223394073 190 DE PLANILLA	
DIRECCION: C/RA 22 151 10 TELEFONO: 02 9089999999		MES: MAR AÑO: 2018 PERIODO COTIZACION SALUD	
TIPO DE APORTA: INDEPENDIENTE		NRO. AÑO: 2018 PERIODO COTIZACION SALUD	
FORMA DE PRESENTACION: UNICO		MES: MAR AÑO: 2018 PERIODO COTIZACION SALUD	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD: SI/NO		MES: MAR AÑO: 2018 PERIODO COTIZACION SALUD	

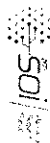
COTIZACION		APORTES A PENSION		APORTES A SALUD		TOTAL	
NO. COTIZANTES	COTIZACION	EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLICITUD	SUSISTENCIA	COTIZACION	FSP
1	\$ 144.700	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 144.700
SUBTOTAL:		TOTAL A PAGO:		TOTAL A PAGO:		TOTAL A PAGO:	

COTIZACION		APORTES A PENSION		APORTES A SALUD		TOTAL	
NO. COTIZANTES	COTIZACION	EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLICITUD	SUSISTENCIA	COTIZACION	FSP
1	\$ 144.700	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 144.700
SUBTOTAL:		TOTAL A PAGO:		TOTAL A PAGO:		TOTAL A PAGO:	

COTIZACION		APORTES A PENSION		APORTES A SALUD		TOTAL	
NO. COTIZANTES	COTIZACION	EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLICITUD	SUSISTENCIA	COTIZACION	FSP
1	\$ 144.700	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 144.700
SUBTOTAL:		TOTAL A PAGO:		TOTAL A PAGO:		TOTAL A PAGO:	

COTIZACION		APORTES A PENSION		APORTES A SALUD		TOTAL	
NO. COTIZANTES	COTIZACION	EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLICITUD	SUSISTENCIA	COTIZACION	FSP
1	\$ 144.700	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 144.700
SUBTOTAL:		TOTAL A PAGO:		TOTAL A PAGO:		TOTAL A PAGO:	

TOTAL \$ 262.500



PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACION APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL



DATOS GENERALES DEL APORTANTE		DATOS DE LA PLANILLA	
NOMBRE O RAZON SOCIAL: FLORELIANA DEPARTAMENTO		NOMBRE PLANILLA: PERIODO COTIZACION OTROS	
CIUDAD: GUA 27 51 40 TELEFONO: 02 408 11 11		MAY AÑO: 2018 PERIODO COTIZACION SALUD	
TIPO DE EMPRESA: EMPRESA ACTIVO ECONOMICA		MAY AÑO: 2018 PERIODO COTIZACION SALUD	
FORMA DE PRESENTACION: APORTANTE ECONOMIZADO PAGO APORTES SALUD, SEVA E RSE, REFORMA TRIJUNAL		MAY AÑO: 2018 PERIODO COTIZACION SALUD	
APORTANTE ECONOMIZADO PAGO APORTES SALUD, SEVA E RSE, REFORMA TRIJUNAL		MAY AÑO: 2018 PERIODO COTIZACION SALUD	

COTIZACION		APORTES A PENSION		APORTES A SALUD		APORTES A SEVA		APORTES A RSE	
COBOGO	2018-1 PROTECCION (RUC-PRO) (EC)	NO COTIZANTES	COTIZACION	EX-GRATIA	COTIZANTE	SOLICITUD	FSP	SUSPENSA	COTIZACION
SUB-TOTALES		1	\$ 144.100	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

COTIZACION		APORTES A PENSION		APORTES A SALUD		APORTES A SEVA		APORTES A RSE	
COBOGO	2018-1 PROTECCION (RUC-PRO) (EC)	NO COTIZANTES	COTIZACION	EX-GRATIA	COTIZANTE	SOLICITUD	FSP	SUSPENSA	COTIZACION
SUB-TOTALES		1	\$ 144.100	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

COTIZACION		APORTES A PENSION		APORTES A SALUD		APORTES A SEVA		APORTES A RSE	
COBOGO	2018-1 PROTECCION (RUC-PRO) (EC)	NO COTIZANTES	COTIZACION	EX-GRATIA	COTIZANTE	SOLICITUD	FSP	SUSPENSA	COTIZACION
SUB-TOTALES		1	\$ 144.100	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

COTIZACION		APORTES A PENSION		APORTES A SALUD		APORTES A SEVA		APORTES A RSE	
COBOGO	2018-1 PROTECCION (RUC-PRO) (EC)	NO COTIZANTES	COTIZACION	EX-GRATIA	COTIZANTE	SOLICITUD	FSP	SUSPENSA	COTIZACION
SUB-TOTALES		1	\$ 144.100	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

TOTAL \$ 262.900

	SOLICITUD OBLIGACIÓN CONTRAÍDA	CÓDIGO	AP-GF-RG-14
		VERSIÓN	7
		FECHA DE APROBACIÓN	29/07/2015
		PÁGINA	1 de 1

SOLICITUD DE OBLIGACIÓN CONTRAÍDA

Uso exclusivo Dirección de Contabilidad – Recursos Financieros Secretaria de Salud – Equipo de Contabilidad SED		
Radicado No.	Fecha y Hora:	No. Folios

BENEFICIARIO :	YONATHAN STIFF TELLEZ CASTILO
C.C. o NIT :	91.017.791
VALOR :	UN MILLON SETECIENTOS CINCUENTA Y OCHO MIL CUATROCIENTOS NOVENTA Y UN PESOS (\$ 1.758.491=)
DOCUMENTO PRINCIPAL	Contrato ☒ Convenio ☐ Resolución ☐ No. 2940 Fecha 28/12/2017
	Adicional ☐ Otro ☐ No. Fecha DD/MM/AAAA
Número BPIN 2017004660024	
Número SSEPI. 20160680000066	

NOTA:SOLAMENTE SE DILIGENCIA la casilla Número BPIN si el pago corresponde a PROYECTOS financiados por el Sistema General de Regalías (SGR) ó Número SSEPI si corresponde a PROYECTOS registrados en el Banco de Proyectos de Inversión Departamental

DOCUMENTOS ANEXOS :	Pago Seguridad Social y Parafiscales ☒	Certificación Bancaria ☒	Certificación Aportes Sena en Contratos de Obra ☐
	Entrada Almacén ☐	Rembolso de Caja Menor ☐	Resolución ☐
	Otros ☐	Acta de recibo parcial , Informe de supervisión y anexo No. 01	

CDP No.: 18000025	RP No.: 18000910	Rubro Presupuestal: A.2.4.13.04 -	Vigencia: 2018
Periodo a Cobrar	Desde: 29/05/2018	Hasta:28/06/2018	Acta ☒ Parcial ☒ Informe Supervisión ☒ Final ☐ No. 6

CONCEPTO:	Anticipo	%	Desembolso	Pago Anticipado
	CUOTA 6 DE 7 DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIO No. 2940 DEL 28 DE Diciembre DE 2017, CUYO OBJETO "REALIZAR SEGUIMIENTO A LA VIGILANCIA, INSPECCIÓN Y CONTROL DE LAS INSTITUCIONES QUE CONFORMAN EL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD DEL DEPARTAMENTO MEDIANTE LA CONTRATACIÓN DE PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION, ENMARCADO DENTRO DEL PROYECTO FORTALECIMIENTO DE LA AUTORIDAD SANITARIA, INSPECCIÓN VIGILANCIA Y CONTROL DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE LA CALIDAD EN LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD, INSTITUCIONES Y ESTABLECIMIENTOS FARMACEUTICOS DEL DEPARTAMENTO DE SANTANDER se elaboran dos SOLICITUDES DE OBLIGACION CONTRAIDA por el mismo concepto ya que para este pago se requieren de dos CDP Y de dos RP los documentos originales se anexan en la obligación contraída por un valor de \$501.500			

RESPONSABLES :	
 LUIS ALEJANDRO RIVERO OSORIO Secretario de Salud Departamental	 SAYDA MILENE PORRAS RIVERA Supervisor del Contrato
Nombre y Firma Funcionario Encargado del Trámite	
Teléfono: 6336233 Ext. 1248-1302	

Uso exclusivo Dirección de Contabilidad – Recursos Financieros Secretaria de Salud – Equipo de Contabilidad SED

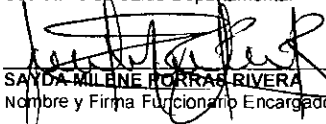
LIQUIDACIÓN DESCUENTOS			
CONCEPTO	BASE	VALOR RETENCIONES Y/O DEDUCCIONES	ESTAMPILLAS
Vr. Antes de IVA			Pro Hospital
IVA			Pro UIS
R. Fuente 1			Pro Desarrollo
R. Fuente 2			Pro Electrificación
R. Fuente 3			Pro Cultura
R. ICA			Pro Reforestación
Conmoción			Pro Bienes. A. Mayor
Otros			Pro Anciano

OBSERVACIONES

	SOLICITUD OBLIGACIÓN CONTRAÍDA	CÓDIGO	AP-GF-RG-14
		VERSIÓN	7
		FECHA DE APROBACIÓN	29/07/2015
		PÁGINA	1 de 1

SOLICITUD DE OBLIGACIÓN CONTRAÍDA	
--	--

Uso exclusivo Dirección de Contabilidad – Recursos Financieros Secretaría de Salud – Equipo de Contabilidad SED		
Radicado No.	Fecha y Hora:	No. Folios

BENEFICIARIO :		YONATHAN STIPF TELLEZ CASTILO								
C.C. o NIT :	91.017.791									
VALOR :	UN MILLON SETECIENTOS CINCUENTA Y OCHO MIL CUATROCIENTOS NOVENTA Y UN PESOS (\$ 1.758.491=)									
DOCUMENTO PRINCIPAL	Contrato	☒	Convenio	☐	Resolución	☐	No.	2940	Fecha	28/12/2017
	Adicional	☐	Otro	☐			No.		Fecha	DD/MM/AAAA
Número BPIN 2017004660024					Número SSEPI. 20160680000066					
NOTA: SOLAMENTE SE DILIGENCIA la casilla Número BPIN si el pago corresponde a PROYECTOS financiados por el Sistema General de Regalías (SGR) ó Número SSEPI si corresponde a PROYECTOS registrados en el Banco de Proyectos de Inversión Departamental										
DOCUMENTOS ANEXOS :	Pago Seguridad Social y Parafiscales	☒	Certificación Bancaria	☒	Certificación Aportes Sena en Contratos de Obra ☐					
	Entrada Almacén	☐	Reembolsos de Caja Menor	☐	Resolución ☐					
	Otros	☐	Acta de recibo parcial , Informe de supervisión y anexo No. 01							
CDP No.:	18000025	RP No.:	18000910	Rubro Presupuestal: A.2.4.13.04 -				Vigencia: 2018		
Periodo a Cobrar	Desde: 29/05/2018	Hasta: 28/06/2018		Acta	☒	Parcial	☒	No.	6	
				Informe Supervisión	☒	Final	☐			
CONCEPTO:	Anticipo	%	Desembolso	☐	Pago Anticipado ☐					
	CUOTA 6 DE 7 DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIO No. 2940 DEL 28 DE Diciembre DE 2017, CUYO OBJETO "REALIZAR SEGUIMIENTO A LA VIGILANCIA, INSPECCIÓN Y CONTROL DE LAS INSTITUCIONES QUE CONFORMAN EL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD DEL DEPARTAMENTO MEDIANTE LA CONTRATACIÓN DE PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION, ENMARCADO DENTRO DEL PROYECTO FORTALECIMIENTO DE LA AUTORIDAD SANITARIA, INSPECCIÓN VIGILANCIA Y CONTROL DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE LA CALIDAD EN LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD, INSTITUCIONES Y ESTABLECIMIENTOS FARMACEUTICOS DEL DEPARTAMENTO DE SANTANDER .se elaboran dos SOLICITUDES DE OBLIGACION CONTRAIDA por el mismo concepto ya que para este pago se requieren de dos CDP Y de dos RP los documentos originales se anexan en la obligación contraída por un valor de \$501.500									
RESPONSABLES :										
<div><div> LUIS ALEJANDRO RIVERO OSORIO Secretario de Salud Departamental</div><div> SAYDA MILENE PORRAS RIVERA Supervisor del Contrato</div><div> SAYDA MILENE PORRAS RIVERA Nombre y Firma Funcionario Encargado del Trámite</div></div> <p>Teléfono: 6336233 Ext. 1248-1302</p>										

Uso exclusivo Dirección de Contabilidad – Recursos Financieros Secretaría de Salud – Equipo de Contabilidad SED			
LIQUIDACIÓN DESCUENTOS			
CONCEPTO	BASE	VALOR RETENCIONES Y/O DEDUCCIONES	ESTAMPILLAS
Vr. Antes de IVA			Pro Hospital
IVA			Pro UIS
R. Fuente 1			Pro Desarrollo
R. Fuente 2			Pro Electrificación
R. Fuente 3			Pro Cultura
R. ICA			Pro Reforestación
Conmoción			Pro Bienes. A. Mayor
Otros			Pro Anciano

OBSERVACIONES

Referencia Bancaria

Lunes, 26 de Febrero de 2018

Señor(a)
Gobernación De Santander

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que YONATHAN STIFF TELLEZ CASTILLO identificado(a) con CC 91017791, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Nombre Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	79291398524	2012/12/13	ACTIVA

* **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: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 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.

Carolina Giraldo G.
Carolina Giraldo Giraldo
Gerente Estrategia Canal Telefónico

le estamos poniendo el alma

Bancolombia

Bancolombia nunca se rinde. Siempre estamos buscando maneras de hacer las cosas mejor. Porque sabemos que el futuro es un camino largo y siempre habrá obstáculos que superar. Pero siempre habrá una manera de hacerlo.

Referencia Bancaria

Lunes, 26 de Febrero de 2018

Señor(a)
Gobernación De Santander

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que YONATHAN STIFF TELLEZ CASTILLO identificado(a) con CC 91017791, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Nombre Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	79291398524	2012/12/13	ACTIVA

*** 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: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 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.

Carolina Giraldo G.

Carolina Giraldo Giraldo
Gerente Estrategia Canal Telefónico

Bancolombia



Bancolombia nunca le solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculo de correo electrónico.
En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correo@proteccion@bancolombia.com

Señores

11 2 JUL 2019
DEPARTAMENTO DE SANTANDER

Atte. Dirección Técnica de Contabilidad

Bucaramanga

Ref.: Información solicitada en el artículo 329 del E.T. y Decretos 099 y 1070 de 2013

YO, YONATHAN STIPF TELLEZ CASTILLO identificado(a) con la cédula de ciudadanía No. 91017791 expedida en Barbosa, dando cumplimiento a la Ley 1607 de 2012, a los Decretos 099 y 1070 de 2013 me permito suministrar la siguiente información que se entenderá bajo la gravedad de juramento, para efecto de la retención en la fuente que se ha de aplicar sobre los pagos que realice el Departamento de Santander a mi favor:

1. Mis ingresos en el año gravable 2017 provienen de la prestación de servicios de manera personal, en una proporción igual o superior a un 80% del total de mis ingresos percibidos en dicha vigencia.

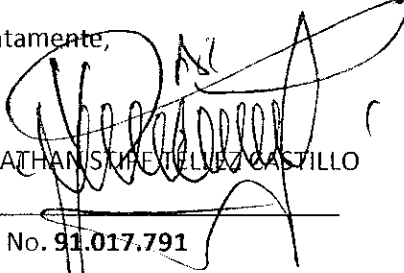
SI X NO

2. Mis ingresos totales en el año gravable 2017 fueron superiores a \$ 46.418.000. (1.400 UVT)

SI NO X

Para constancia de lo anterior, firmo en Bucaramanga a los días del mes de de

Atentamente,


YONATHAN STIPF TELLEZ CASTILLO

C.C. No. 91.017.791

Bucaramanga,

12 JUL 2018

Doctora

LAURA MARGARITA JAUREGUI CACERES

Tesorera General del Departamento

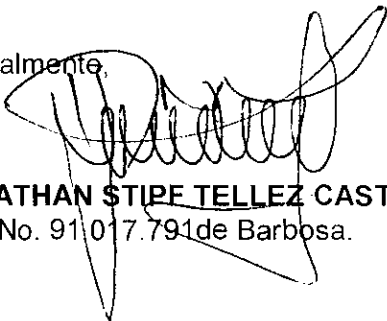
E. S. D.

Atento Saludo,

Con la mayor atención, me permito manifestar que los aportes que realizo a los Sistemas de Salud, Pensión y ARL correspondiente al 29 del mes de Mayo de 2018 y el 28 de Junio de 2018, se derivan del Contrato de Prestación de Servicios de Apoyo a la Gestión No. 2940 de Diciembre 28 de 2017, el cual tiene por objeto "REALIZAR SEGUIMIENTO A LA VIGILANCIA, INSPECCIÓN Y CONTROL DE LAS INSTITUCIONES QUE CONFORMAN EL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD DEL DEPARTAMENTO MEDIANTE LA CONTRATACIÓN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN, ENMARCADO DENTRO DEL PROYECTO FORTALECIMIENTO DE LA AUTORIDAD SANITARIA, INSPECCIÓN VIGILANCIA Y CONTROL DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD EN LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD, INSTITUCIONES Y ESTABLECIMIENTOS FARMACEUTICOS DEL DEPARTAMENTO DE SANTANDER".. Celebrado entre el Departamento de Santander y **YONATHAN STIPF TELLEZ CASTILLO**, lo anterior lo pongo en su conocimiento, para liquidar la base para practicar la retención en la fuente que va dirigido a la DIAN, si a esta hubiera lugar.

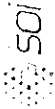
Agradezco su oportuna colaboración.

Cordialmente,



YONATHAN STIPF TELLEZ CASTILLO

C.C. No. 91.017.791 de Barbosa.



PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		DATOS GENERALES DE LA PLANILLA	
TIPO DE IDENTIFICACIÓN: CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 91017791	NÚMERO PLANILLA: 7890113048	TIPO DE PLANILLA: 2018 PERÍODO COTIZACIÓN SALUD
Ciudad/Municipio: FLORIOABLANCA	DEPARTAMENTO: CRA 22 1ST 40 TELÉFONO: 02-NO EFICIENTE	MES: mayo AÑO: 2018	MES: mayo AÑO: 2018
DIRECCIÓN: PRIVADA ACTIVIDAD ECONÓMICA ÚNICO	CLASE APORTANTE: 02-NO EFICIENTE	20180524 NÚMERO AUTORIZACIÓN: 339570782	
FORMA DE PRESERVIACIÓN: APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E CDA (REFORMA TRIBUTARIA)	PERSONAS NATURALES en Actividad Económica		
YONATHAN STIFF TELLEZ SANTANDER		HINDEPENDIENTE	

TOTAL APORTES A PENSION			
NO COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS	EMPLEADOR
1	\$ 144.700	\$ 0	\$ 0
TOTAL APORTES A PENSION			
TOTAL APORTES A SALUD			
NO COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS	EMPLEADOR
1	\$ 144.700	\$ 0	\$ 0
TOTAL APORTES A SALUD			

TOTAL APORTES A PENSION			
NO COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS	EMPLEADOR
1	\$ 144.700	\$ 0	\$ 0
TOTAL APORTES A PENSION			
TOTAL APORTES A SALUD			
NO COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS	EMPLEADOR
1	\$ 144.700	\$ 0	\$ 0
TOTAL APORTES A SALUD			

TOTAL APORTES A PENSION			
NO COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS	EMPLEADOR
1	\$ 144.700	\$ 0	\$ 0
TOTAL APORTES A PENSION			
TOTAL APORTES A SALUD			
NO COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS	EMPLEADOR
1	\$ 144.700	\$ 0	\$ 0
TOTAL APORTES A SALUD			

TOTAL APORTES A PENSION			
NO COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS	EMPLEADOR
1	\$ 144.700	\$ 0	\$ 0
TOTAL APORTES A PENSION			
TOTAL APORTES A SALUD			
NO COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS	EMPLEADOR
1	\$ 144.700	\$ 0	\$ 0
TOTAL APORTES A SALUD			

[Handwritten signature]

TOTAL

\$ 262.900

105

TOTAL