CÓDIGO: GJ-F-02	INFORME MENSUAL DE CONTRATISTAS	instituto municipal de cultura y turismo Bucaramanga
VERSIÓN: 05		
FA: 01/12/2021	GESTIÓN JURÍDICA	

Bucaramanga, **25** de **julio** de **2024**

Doctor
DANIEL FERNANDO BRIJALDO MICHAELS
Supervisor Contrato **No. 0111-04**
Subdirector Técnico
Instituto Municipal de Cultura y Turismo de Bucaramanga

Asunto: Presentación de informe de cumplimiento a obligaciones contractuales.

Con toda atención me permito presentar informe de actividades correspondiente al **QUINTO Y ULTIMO PAGO** correspondiente a los 27 dias mes de **junio** del **2024**, en mi calidad de **contratista** del Instituto y dando cumplimiento al contrato de prestación de servicios de apoyo a la gestión suscrito en los siguientes términos:

1. **INFORMACIÓN GENERAL:**

OBJETO CONTRACTUAL	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA ACOMPAÑAR LAS ACTIVIDADES DE DOCENCIA EN DANZAS DEL PROCESO DE FORMACIÓN ARTÍSTICA DE EXTENSIÓN CON OFERTA PRIORIZADA PARA ATENCIÓN DE POBLACIÓN DESDE LA PRIMERA INFANCIA CON ENFOQUE DIFERENCIAL Y/O TERAPÉUTICO	
NÚMERO DE CONTRATO	0111-04	
PLAZO INICIAL	Cuatro (4) meses	
CONTRATISTA	Maryely Duarte León	
FECHA DE INICIO	28 de febrero del 2024	
FECHA DE TERMINACIÓN	27 de junio del 2024	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	ONCE MILLONES OCHENTA Y OCHO MIL PESOS ($11.088.000) M/CTE	
VALOR PARCIAL DEL CONTRATO	DOS MILLONES CUATROCIENTOS NOVENTA Y CUATRO MIL OCHOCIENTOS PESOS ($2.494.800) M/CTE	
AVANCE DE LA EJECUCIÓN CONTRACTUAL EN PLAZO Y VALOR	**PLAZO (%)**	**VALOR (%)**
	100 %	100%

ADICIONAL (SI APLICA)

ADICIÓN EN TIEMPO	N/A	
ADICIÓN EN VALOR	N/A	
PLAZO FINAL	N/A	
NUEVA FECHA DE TERMINACIÓN	N/A	
VALOR PARCIAL DEL ADICIONAL	N/A	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	N/A	
AVANCE DE LA EJECUCIÓN CONTRACTUAL EN PLAZO Y VALOR (ÚNICAMENTE DEL ADICIONAL)	**PLAZO (%)**	**VALOR (%)**
	N/A	N/A

2. **GRADO DE CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES ESPECÍFICAS**

No	OBLIGACIÓN	ACTIVIDAD REALIZADA	EVIDENCIAS	UBICACIÓN DE EVIDENCIAS
1	Prestar apoyo en la planeación, implementación, seguimiento y	Elaboré el Formato Planeación Académica EMA durante los 27 días del mes de JUNIO	Documento pdf	CD-OBLIGACIO

No	OBLIGACIÓN	ACTIVIDAD REALIZADA	EVIDENCIAS	UBICACIÓN DE EVIDENCIAS
	evaluación de las clases de danza del proceso de formación artística de extensión, de la escuela municipal de artes y oficios -EMA durante la vigencia 2024, realizando el acompañamiento de las actividades de docencia, seguimiento y evaluación, muestras académicas, diseño de materia lúdico y pedagógico y participando en las diferentes actividades implícitas a la gestión docencia, convocatorias, promoción del programa, entregando los reportes correspondientes que le sean solicitados por la coordinación general, académica, líder de área y área de bienestar institucional. (Productos: informe de actividad docente, formatos de asistencia, registros fotográficos, material lúdico, piezas de publicidad y soportes de actividades docentes desarrolladas)	del 2024, correspondiente a las semanas 08 a la 11, de los cursos a mi cargo: • Taller de Danza Inclusiva - Grupo 1 • Taller de Danza Inclusiva - Grupo 2 • Taller de Danza Inclusiva - Grupo 3 • Taller de Danza Inclusiva - Grupo 4 • Taller de Danza Inclusiva - Grupo 5 • Taller de Danza Inclusiva - Grupo 6 • Taller de Danza Inclusiva - Grupo 7 • Taller de Danza Inclusiva - Grupo 8 • Taller de Danza Inclusiva - Grupo 9 • Taller de Danza Inclusiva - Grupo 10 • Taller de Danza Terapéutica - Grupo 1	PA-Tall Danza Inclusiva Terapéutica-junio	N 1
2	Apoyar y dar acompañamiento en la generación de reportes de indicadores de cobertura territorial, poblacional para atención a la primera infancia con enfoque diferencial y/o terapéutico, control de deserción estudiantil, oportunidad y mejora del programa, gestiones de campo y consolidación de agrupaciones artísticas derivadas del programa para proyección, para visibilizacion de resultados de impacto relevantes para el posicionamiento del programa de formación de la Escuela Municipal de Artes Oficios a nivel local, nacional e internacional (Productos: Reporte de indicadores de gestión asociados a impacto, cobertura y proyección)	**1-**Elaboré y entregué las listas asistencia para cada grupo a mi cargo en el formato sugerido por la coordinación académica EMA para los 27 días del mes de **junio del 2024**. Las asignaturas son: • Taller de Danza Inclusiva - Grupo 1 • ASOPORMEN: miércoles 08:30 am a 09:30am • Taller de Danza Inclusiva – Grupo 2 – ASOPORMEN: miércoles 09:30 am a 10:30am • Taller de Danza Inclusiva - Grupo 3 - ASOPORMEN: miércoles 10:30 am a 11:30am • Taller de Danza Inclusiva – Grupo 4 – Fundación CRESER: martes 10:30 am a 11:30 am • Taller de Danza Inclusiva - Grupo 5 - Fundación CRESER: martes 11:30 am a 12:30 m • Taller de Danza Inclusiva - Grupo 6 – CDI Construyendo	Documento PDF LA-JUN-DAN-EXT-EDF-TF-007-G1 LA-JUN-DAN-EXT-EDF-TL-001-G1 LA-JUN-DAN-EXT-EDF-TL-001-G2 LA-JUN-DAN-EXT-EDF-TL-001-G3 LA-JUN-DAN-EXT-EDF-TL-001-G4 LA-JUN-DAN-EXT-EDF-TL-001-G5 LA-JUN-DAN-EXT-EDF-TL-001-G6 LA-JUN-DAN-EXT-EDF-TL-001-G7 LA-JUN-DAN-EXT-EDF-TL-001-G8 LA-JUN-DAN-EXT-EDF-TL-	CD OBLIGACIO N 2

No	OBLIGACIÓN	ACTIVIDAD REALIZADA	EVIDENCIAS	UBICACIÓN DE EVIDENCIAS
		Sueños: jueves 08:30 am a 10:30 am • Taller de Danza Inclusiva - Grupo 7 – Escuela Normal Superior: martes 08:00 am a 09:00 am • Taller de Danza Inclusiva Grupo 8 - Escuela Normal Superior: martes 09:00 am a 10:00 am • Taller de Danza Inclusiva Grupo 9 – I.E. Francisco de Paula Santander: miércoles 02:00 pm a 05:00 pm • Taller de Danza Inclusiva Grupo 10: Corporación Down sin Fronteras: lunes 02:30 pm a 4:30 pm • Taller de Danza Terapéutica - Grupo 1 – Centro Cultural del Oriente: lunes 08:00 am a 10:00 am **2-**Realicé el reporte de Ejecución Académica EMA de los **Talleres de Formación** a mi cargo, durante los 27 días del mes de **junio del 2024**, solicitado por la coordinación académica: • Taller de Danza Inclusiva - Grupo 1 • Taller de Danza Inclusiva - Grupo 2 • Taller de Danza Inclusiva - Grupo 3 • Taller de Danza Inclusiva - Grupo 4 • Taller de Danza Inclusiva - Grupo 5 • Taller de Danza Inclusiva - Grupo 6 • Taller de Danza Inclusiva - Grupo 7 • Taller de Danza Inclusiva - Grupo 8 • Taller de Danza Inclusiva - Grupo 9 • Taller de Danza Inclusiva - Grupo 10	001-G9 LA-JUN-DAN-EXT-EDF-TL-001-G10 EJA-Tall Danza Inclusiva Terapéutica-Junio	

No	OBLIGACIÓN	ACTIVIDAD REALIZADA	EVIDENCIAS	UBICACIÓN DE EVIDENCIAS
		• Taller de Danza Terapéutica - Grupo 1		
3	Brindar apoyo en la dirección artística y/o producción técnica, orientando los proyectos artísticos, culturales y/o estrategias de circulación en el marco de convenios estratégicos de la EMA, referidos a formación de formadores, muestras artísticas, temporadas en el marco de cultura ciudadana o articulación interinstitucional y EMAFEST para la vigencia 2024, gestiones de campo en instituciones o entidades con atención a la primera infancia con enfoque diferencial y/o terapéutico, que contribuyan a la visibilizacion de la EMA en circuitos y/o mercados culturales o artísticos, y demás que se concerten con el IMCT (Productos: Propuestas de proyectos artísticos, y/o estrategia de circulación o visibilizacion EMA de los procesos a cargo o planes de mejora)	Participé en reunión de seguimiento mensual Equipo de extensión de la EMA, el día **26 de junio del 2024**, en el horario de 5:00 pm a 6:00 pm via meet el orden de la reunión fue: ✓ Emafest Extensión- 2024-1 ✓ Cierres de proceso ✓ Entrega de informe ✓ Entrega de documentos-contratación	Documento PDF Acta Reunion mensual Equipo extension-jun 26 -2024	CD OBLIGACION 3
4	Apoyar las actividades inherentes a la socialización del cronograma establecido para el desarrollo de los procesos de formación artística del programa de extensión de la escuela municipal de artes y oficios -EMA, que busca cumplir la meta de implementar y mantener 4 iniciativas de formación artística en extensión para atención de población desde a primera infancia con enfoque diferencial y/o terapéutico	Participe en la reunión pre-emafest-1; la cual tenia como objetivo establecer parámetros y requerimientos para las muestras artísticas del emfest – 1 Se realiza via meet de 3:00 pm a 5:00 pm el dia 14 de junio	Documento PDF Acta Reunion Equipo extension-jun 14-2024	CD OBLIGACION 4
5	Las demás requeridas por su supervisor, afines al desarrollo del objeto contractual	Realicé clase abierta como elemento de cierre de semestre 1 en las instalaciones del CCO de 8:00 am a 10:00 am el martes 25 de junio	Documento pdf	CD OBLIGACION 5

3. RELACIÓN DE PAGOS A LA SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES:

ITEM	ENTIDAD	PERÍODO DE PAGO AÑO – MES	FECHA DE PAGO AÑO – MES – DÍA	NÚMERO DE PLANILLA	VALOR PAGADO
PENSIÓN	COLPENSIONES	2024 – 06	2024-06-21	9468827930	$187.200
SALUD	SANITAS	2024 – 06	2024-06-21	9468827930	$146.300
ARL	SURA	2024 – 06	2024-06-21	9468827930	$6.200

En cumplimiento de lo dispuesto en el decreto No. 1273 de 2018 Me acojo __, No me acojo__X__ a este decreto, donde se establece que el pago de las cotizaciones al sistema de seguridad social integral de los trabajadores independientes se

efectuará mes vencido, por periodos mensuales, a través de la planilla integrada de liquidación de aportes (PILA) y teniendo en cuenta los ingresos percibidos en el periodo de cotización, esto es, el mes inmediatamente anterior.

El siguiente apartado no aplica para las personas jurídicas, por ende, no debe ser diligenciado para estos casos.

Según lo dispuesto en el artículo 18 de la Ley 100 de 1993, en aquellos casos en los cuales el afiliado percibe salario de dos o más empleadores, o ingresos como trabajador independiente o por prestación de servicios como contratista, en un mismo período de tiempo, las cotizaciones correspondientes serán efectuadas en forma proporcional al salario, o ingreso devengado de cada uno de ellos, y estas se acumularán para todos los efectos de esta ley sin exceder el tope legal; esta figura es conocida como **acumulación de bases de cotización**. Por ende, informo a mi supervisor y al IMCT que actualmente NO TENGO (_X_) / SI TENGO (___) contrato de prestación de servicios, contrato laboral o ingreso como trabajador independiente que me genere obligación de aporte al sistema general de la seguridad social[1].

(En caso de contar con uno o más contratos de prestación de servicios, contrato laboral o ingreso como trabajador independiente, referirlos en el siguiente recuadro:)

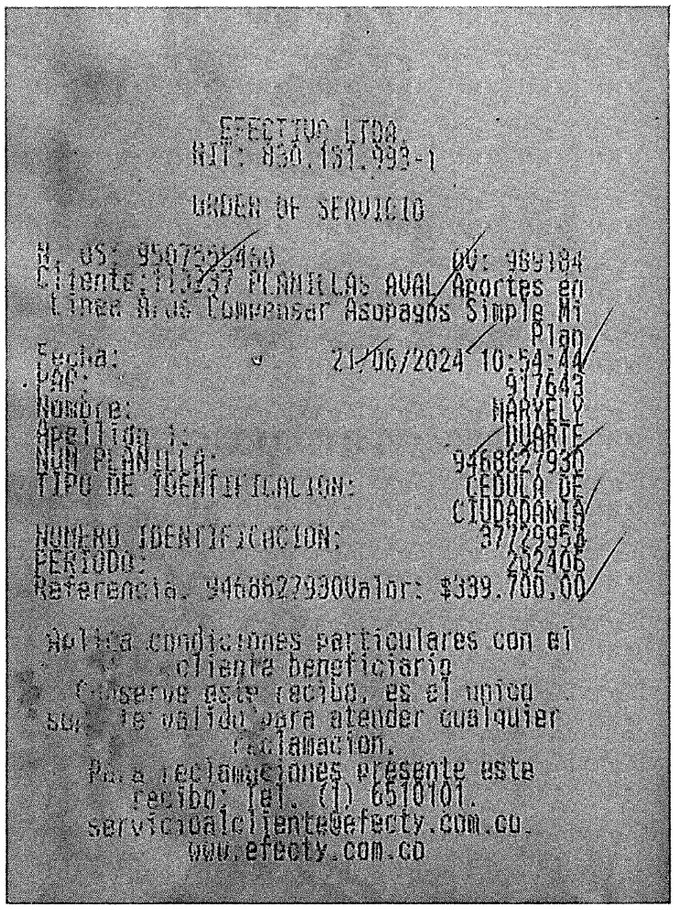
Actualmente cuento con el/los siguientes contratos vigentes:

TIPO Y N° DE CONTRATO	ENTIDAD CONTRATANTE / EMPLEADOR / FUENTE DE INGRESO POR TRABAJO INDEPENDIENTE	VALOR DEL CONTRATO	HONORARIOS / SALARIOS / INGRESOS RECIBIDOS DURANTE EL PRESENTE PERÍODO CONTRACTUAL	FECHA DE INICIO DE LA EJECUCIÓN CONTRACTUAL / RELACIÓN LABORAL O TRABAJO INDEPENDIENTE	FECHA DE FINALIZACIÓN DE LA EJECUCIÓN CONTRACTUAL / RELACIÓN LABORAL O TRABAJO INDEPENDIENTE
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

Cordialmente;

MARYELY DUARTE LEON
C.C. N° **37729953** de **BUCARAMANGA**

[1] Artículo 2.2.1.1.2.6 Decreto 780 de 2016. Concurrencia de empleadores o de administradoras de pensiones. Cuando una persona sea dependiente de más de un empleador o reciba pensión de más de una administradora de pensiones, cotizará sobre la totalidad de los ingresos con un tope máximo de veinticinco (25) salarios mínimos mensuales legales vigentes, en una misma Entidad Promotora de Salud, informando tal situación a los empleadores o administradoras de pensiones correspondientes.



EFECTIVO LTDA.
NIT: 830.151.993-1

ORDEN DE SERVICIO

A. US: 9507594460 OV: 969184
Cliente:11237 PLANILLAS AVAL Aportes en Linea A. de Compensar Asopagos Simple Mi Plan
Fecha: 21/06/2024 10:54:44
DAF: 917643
Nombre: MARYELY
Apellido 1: DUARTE
NUM PLANILLA: 94668627930
TIPO DE IDENTIFICACION: CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO IDENTIFICACION: 37729953
PERIODO: 202406
Referencia. 94668627930Valor: $339.700,00

Acepta condiciones particulares con el cliente beneficiario
Conserve este recibo, es el unico que es valido para atender cualquier reclamacion.
Para reclamaciones presente este recibo. Tel. (1) 6510101.
servicioalcliente@efecty.com.co.
www.efecty.com.co

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exoneredo SENA e ICBF
CC 37729953		DUARTE LEON MARYELY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 5E No 25-13 MAPTO 202	FLORIDABLANCA-SANTANDER	6186285	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

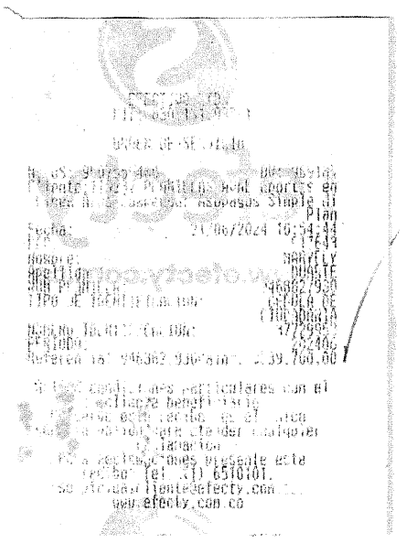
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-06	2024-06	54435623	94668627930	I	2024/07/12	2024/06/21	BANCO DE OCCIDENTE	0	$339,700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
1	CC 37729953	DUARTE MARYELY	25-14	27	$1,170,000	$187,200	EPS005	27	$1,170,000	$146,300		0	$0	$0	14-11	27	$1,170,000	$6,200	0	$0	$0
Total Afiliados(1)					$1,170,000	$187,200			$1,170,000	$146,300			$0	$0			$1,170,000	$6,200		$0	$0

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$187,200	$0	$0	$187,200
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$187,200	$0	$0	$187,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$6,200	$0	$0	$6,200
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$6,200	$0	$0	$6,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$146,300	$0	$0	$146,300
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$146,300	$0	$0	$146,300
TOTAL				1	$339,700	$0	$0	$339,700



banco popular
OF. TESORERIA GRAL DEL DEP. DE SANTANDER
CAJA 01 08 JUL 2024 OF. 495
RECIBIDO POR CAJA

SECRETARIA DE HACIENDA
DEPARTAMENTO DE SANTANDER
ESTAMPILLAS DEPARTAMENTALES
NIT 890.201.235-6

Recibo de recaudo No: 2502400333323

→ **NOMBRE O RAZÓN SOCIAL**
No. Documento: 37729953
Nombre:
MARYELY DUARTE LEON

→ **TRÁMITE**
CONTRATOS - ORDENES DE PRESTACION DE SERVICIOS Y CONTRATOS DE ADICION

NRO. CONTRATO	011104
VALOR BASE	2.494.800
VALOR ORDEN DE PAGO	2.494.800
VALOR TOTAL CONTRATO	11.088.000
NUMERO ORDEN DE PAGO	5
FECHA CONTRATO	27/02/2024

→ **ESTAMPILLA-TASA-IMPUESTO-CONTRIBUCIÓN**

PRO HOSPITAL	$49.900
PRO UIS	$49.900

TOTAL	$99.800
Ordenanza 01 2/2005	$9.980
Total a pagar	**$109.780**

Con destino a:
Instituto Municipal de Cultura y Turismo de Bucaramanga

→ Fecha expedición: 2024/07/08
Fecha límite de pago: 2024/07/15

(415)7709999003859(8020)250240033332(3900)0000001097(8013)24071 5

(415)8902012358005(8020)250240033332(3900)0000001099(8013)24071 5

(415)8902012358006(8020)250240033332(3900)0000001099(8013)24071 5

Puede ingresar a
https://estampillas.syc.com.co/
para validar y consultar el detalle del pago de la Estampilla Departamental.

RE-DP-07L

SOPORTE TRÁMITE

Hora Imp:20240708 11:01:54

Banco Popular

banco popular
OF. TESORERIA GRAL DEL DEP. DE SANTANDER
CAJA 01 | 08 JUL 2024 | OF. 495
RECIBIDO POR CAJA

SECRETARIA DE HACIENDA
DEPARTAMENTO DE SANTANDER
ESTAMPILLAS DEPARTAMENTALES
NIT 890.201.235-6

Recibo de recaudo No: 2502400333323

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL
No. Documento: 37729953
Nombre:
MARYELY DUARTE LEON

TRÁMITE
CONTRATOS - ÓRDENES DE PRESTACION DE SERVICIOS Y CONTRATOS DE ADICION

NRO. CONTRATO	011104
VALOR BASE	2.494.800
VALOR ORDEN DE PAGO	2.494.800
VALOR TOTAL CONTRATO	11.088.000
NUMERO ORDEN DE PAGO	5
FECHA CONTRATO	27/02/2024

ESTAMPILLA-TASA-IMPUESTO-CONTRIBUCIÓN

PRO HOSPITAL	$49.900
PRO UIS	$49.900

TOTAL	$99.800
Ordenanza 012/2005	$9.980
Total a pagar	**$109.780**

Con destino a:
Instituto Municipal de Cultura y Turismo de Bucaramanga

Fecha expedición: 2024/07/08
Fecha límite de pago: 2024/07/15

(415)7709998038639(8020)02502400333323(3900)0000000109780(96)20240715

(415)7709998038639(8020)02502400333323(3900)0000000109780(96)20240715

(415)7709998038639(8020)02502400333323(3900)0000000109780(96)20240715

Puede ingresar a
https://estampillas.syc.com.co/
para validar y consultar el detalle del pago de la Estampilla Departamental.

RE-OP-07L

SOPORTE TRÁMITE

Hora Imp:20240708 11:01:54

Copia Portal