INDERBU	PROCESO GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	CÓDIGO: PA.02-PD03-F01
	CONTROL DE TRAMITES DE CUENTAS	VERSIÓN: 05
		FECHA: 08/08/2024

Oficina Gestora	SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA		
No. de Contrato	037- CD- 2025	**Informe No.**	1
Nombre del Contratista	MARIA CAMILA GOMEZ RUEDA		
Nombre del Supervisor	ELSA IBETH CORTES VERA		

Ítem	Aspecto a verificar	Cumple		VoBo Supervisor	Observaciones de la verificación
		Si	N/A		
1	Estampilla Procultura. Contrato o Convenio >15 SMMLV		X		Descontar en la orden de pago
2	Estampilla Pro Bienestar del Adulto mayor. Contrato o Convenio >= $1	X			Descontar en la orden de pago
3	Cuenta de cobro o Factura Electrónica	X			
4	Entrada a almacén (Contratos de compra y suministro)		X		
5	Certificación bajo la gravedad de juramento para efectos tributarios- Retefuente rentas de trabajo personas naturales *(PC)	X			
6	Copia Certificación bancaria *(PC)	X			
7	Copia Planilla pago seguridad social	X			
8	Certificado de cumplimiento de obligaciones de seguridad social y parafiscales expedido por el revisor fiscal o representante legal		X		
9	Certificado de afiliación a la Administradora de Riesgos Laborales ARL *(PC)	X			Verificado digitalmente. Afiliación corresponde al plazo del contrato, acta de inicio y planilla de seguridad social.
10	Estampillas departamentales — Pro Uis	X			
	Estampillas departamentales — Pro Hospital	X			
11	Informe de obligaciones contractuales y certificación de supervisión con evidencias	X			
12	Paz y Salvo almacén	X			
13	Certificado de tarifa Reteica (responsables impuesto del ICA Acuerdo 033 de 2020)		X		
14	Registro Único Tributario - RUT actualizado vigencia actual para Entidades Sin Ánimo de Lucro *(PC)	X			
15	Acta de liquidación o Acta de terminación		X		

*** PC = Primera cuenta o modificación**

Recepcionó y revisó: Haribel Bandy

Fecha de verificación Sub. Administrativa y Finan. _____ **Conclusión de la verificación** Aprobado ☐ Rechazado ☐

Verificado Sub. Administrativa _____ **Firma** _____ **Radicado** _____

Observaciones	

Fecha de publicación SIA OBSERVA _____ **Firma Responsable** _____

Fecha de verificación Sub. Administrativa y Finan. _____ **Conclusión de la verificación** Aprobado ☐ Rechazado ☐

Verificado Sub. Administrativa _____ **Firma** _____ **Radicado** _____

Cuenta de Cobro No. 1

INSTITUTO DE LA JUVENTUD, EL DEPORTE Y LA RECREACIÓN DE BUCARAMANGA - INDERBU

NIT. 804.002.166-1

DEBE A

Nombre del Contratista	MARIA CAMILA GOMEZ RUEDA	**Contrato N°**	**037-CD-2025**
RUT	**1.098.762.383**	**Teléfono**	**3203943351**
Banco: BANCOLOMBIA	**C. Aho. X C.Cr No.**	**30316527945**	

CONCEPTO	FECHA DE INICIO (DD/MM/AA)	FECHA TERMINACION (DD/MM/AA)	VALOR MENSUAL	VALOR TOTAL
PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES EN PISOLOGIA PARA APOYAR LA SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA DEL INDERBU	**29-ene-25**	**28-feb-25**	$ 3.500.000	$ 3.500.000
		TOTALES	**$ 3.500.000**	**$ 3.500.000**

Anexos Cuenta de Cobro			
Planilla pagos a seguridad social.	**SI**	Solicitud Aportes Cuentas AFC	
Solicitud Aportes fondo de pensiones voluntarias.		Otros	

CALCULO APORTES OBLIGATORIOS A SEGURIDAD SOCIAL (SALUD, PENSIÓN Y ARL)	
Aporte obligatorio a salud (12,5%) Minimo	$250.000
Aporte obligatorio a pensión (16%) Minimo	$320.000
Aportes a Riesgos laborales (ARL)	$48.800
Total Aportes Obligatorios	**$618.800**

MARIA CAMILA GOMEZ RUEDA
C.C. 1098762383

Me permito certificar bajo la gravedad de juramento, que de acuerdo con el Artículo 329 del E.T. los ingresos por mi actividad como trabajador independiente corresponden al 80% del total de mis ingresos y que los pagos por seguridad social tienen destino a la ejecución del contrato objeto de este cobro. Aplicar retencion Art. 383 E.T. Dcto 099 de 2013.

Bucaramanga, marzo de 2025

Señores
INSTITUTO DE LA JUVENTUD, EL DEPORTE Y LA RECREACIÓN DE BUCARAMANGA- INDERBU

Referencia: Certificación bajo la gravedad de juramento para efectos tributarios en cumplimiento de la Ley 2277 de 2022

CERTIFICACIÓN BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO

Yo, **MARIA CAMILA GOMEZ RUEDA**, identificada[o] con Cédula de Ciudadanía No. **1.098.762.383**, expedida en **BUCARAMANGA** obrando en nombre propio y en cumplimiento a lo dispuesto en el Estatuto Tributario, con el fin de establecer la clasificación tributaria para efectos de retención en la fuente, manifiesto bajo gravedad de juramento que:

1. Responsable de IVA (De conformidad al Art. 437 E.T)

Sí ☐ No ☒

2. Para efectos tributarios, mis ingresos provienen de la prestación de servicios de manera personal y se clasifican en la categoría Ingresos Cedula General - Rentas de trabajo (*Art. 335 E.T.*): y corresponden a los ingresos señalados en el Art. 103 E.T - Salarios, comisiones, viáticos, gastos de representación, honorarios, retribución a servicios personales:

Sí ☒ No ☐

A continuación, relaciono la siguiente información:

No. DE CONTRATO	OBJETO DEL CONTRATO	VALOR DEL CONTRATO	VALOR MENSUAL	FECHA DE INICIO Y TERMINACIÓN
037-CD-2025	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES EN PSICOLOGIA PARA APOYAR LA SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA DEL INDERBU.	$14.000.000	$3.500.000	29-01-2025 HASTA 28-05-2025
	TOTAL	$14.000.000	$3.500.000	

Nota: De igual manera, en el momento en que se modifique la información relacionada, me comprometo a informar a la Subdirección Administrativa y Financiera para efectos tributarios.

3. Declaro que mis aportes a seguridad social corresponden al 40% del total de mis ingresos.

Cordialmente,

MARIA CAMILA GOMEZ RUEDA
CC 1.098.762.383
Cel: 3203943351
Dirección: Calle 64 A#5w-12 piso 2 barrio los héroes

Certificado
Bancario

Martes, 7 de enero de 2025

Señor(a)
A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que MARIA CAMILA GOMEZ RUEDA identificado(a) con CC 1098762383, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	30316527945	2013/11/29	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: (60-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (60-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (60-5) 361 88 88 - Cali - Local: (60-2) 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.

Catalina Cortés Uribe
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

Bancolombia

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1098762383		GOMEZ RUEDA MARIA CAMILA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cr 8 61 152 PARQUE SAN REMO 2 CASA 84	BUCARAMANGA-SANTANDER	6419814	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-01	2025-01	1229005482	9479691030	I	2025/02/20	2025/01/30	BANCO DAVIVIENDA	0	$618,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES	PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing ret tde tae tdp tap vsp cor vst sln ige lma vac avp vct irl vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$2,000,000	$320,000			$2,000,000	$250,000			$0	$0			$2,000,000		$48,800		$0	$0		$618,800
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$2,000,000	$320,000			$2,000,000	$250,000			$0	$0			$2,000,000		$48,800		$0	$0		$618,800
Ciudad: BUCARAMANGA Depto: SANTANDER (1 Afiliados)						$2,000,000	$320,000			$2,000,000	$250,000			$0	$0			$2,000,000		$48,800		$0	$0		$618,800
1	CC	1098762383	GOMEZ MARIA	23030 1	30	$2,000,000	$320,000	EPS037	30	$2,000,000	$250,000		0	$0	$0	14-23	30	$2,000,000	2.436%	$48,800	0	$0	$0	No	$618,800
Total	**Afiliados(1)**					$2,000,000	$320,000			$2,000,000	$250,000			$0	$0			$2,000,000		$48,800		$0	$0		$618,800

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1098762383		GOMEZ RUEDA MARIA CAMILA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cr 8 61 152 PARQUE SAN REMO 2 CASA 84	BUCARAMANGA-SANTANDER	6419814	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-01	2025-01	1229005482	9479691D30	I	2025/02/20	2025/01/30	BANCO DAVIVIENDA	0	$618,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$320,000	$0	$0	$320,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$320,000	$0	$0	$320,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$48,800	$0	$0	$48,800
PDSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$48,800	$0	$0	$48,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$250,000	$0	$0	$250,000
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$250,000	$0	$0	$250,000
TOTAL				**1**	**$618,800**	**$0**	**$0**	**$618,800**

2025/01/30 11:17 AM

Hacienda

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **MARIA CAMILA GOMEZ RUEDA** identificado con **CC** No. **1098762383**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
INSTITUTO DE LA JUVENTUD EL DEPORTE Y LA RECREACION DE BUCARAMANGA - NI. 804002166	**Fecha de inicio de cobertura:** 29/01/2025 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 29/01/2025 **Fecha fin de Contrato:** 30/05/2025 **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 3

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prorroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal www.positivaenlinea.gov.co, para continuar con la cobertura.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202501013153316.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 5 días del mes de marzo de 2025.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

SECRETARIA DE HACIENDA
DEPARTAMENTO DE SANTANDER
ESTAMPILLAS DEPARTAMENTALES

NIT 890 201 235 6

Recibo de recaudo No: 2502500151895

→ **NOMBRE O RAZÓN SOCIAL**

No. Documento: 1098762383

Nombre:
MARIA CAMILA GOMEZ RUEDA

→ **TRAMITE**

CONTRATOS - ORDENES DE PRESTACION DE SERVICIOS Y CONTRATOS DE ADICION

VALOR BASE	3 500 000
VALOR TOTAL CONTRATO	14 000 000
VALOR ORDEN DE PAGO	3 500 000
FECHA CONTRATO	28/01/2025
NRO. CONTRATO	037
NUMERO ORDEN DE PAGO	1

→ **ESTAMPILLA TASA IMPUESTO CONTRIBUCIÓN**

PRO HOSPITAL	$70 000
PRO UIS	$70 000

TOTAL	$140 000
Ordenanza 031 de 2005	$14 000
Total a pagar	**$154.000**

Con destino a:
Instituto de la Juventud el Deporte y la Recreación de Bucaramanga INDERBU

→ Fecha expedición: 2025/03/05
Fecha límite de pago: 2025/03/11

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141097596756

(415)7707212489984(8020) 000014109759675 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 9 8 7 6 2 3 8 3	2	Impuestos y Aduanas de Bucaramanga 4	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 9 8 7 6 2 3 8 3	

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Santander 6 8	Bucaramanga 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
GOMEZ	RUEDA	MARIA	CAMILA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Santander 6 8	Bucaramanga 0 0 1

41. Dirección principal: CL 64 A 5 W 12 BRR LOS HEROES

42. Correo electrónico: prinzz01@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 2 0 3 9 4 3 3 5 1	3 1 8 3 8 2 8 1 0 0

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 2 1 1	2 0 1 8 0 4 0 2	7 4 9 0	2 0 1 5 0 1 1 7					

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código	4	9																								

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
54. Código																				

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre GOMEZ RUEDA MARIA CAMILA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 06-01-2025 09:32:43AM