Oficina Gestora: SUBDIRECCIÓN OPERATIVA

No. de Contrato: 323CD2025 **Informe No. 01**

Nombre del Contratista: ELGA CONSUELO ARIZA ROMERO

Nombre del Supervisor: LINA CONSTANZA CORREA CARDONA

Ítem	Aspecto a verificar		Cumple Si	Cumple N/A	VoBo Supervisor	Observaciones de la verificación
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- Rete fuente 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			
		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: _____

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	**ELGA CONSUELO ARIZA ROMERO**	**Contrato N°**	**323- CD - 2025**
RUT	**63370457-8**	**Teléfono**	**3003954008**
Banco: AGRARIO	**C. Aho. X** **C.Cr No.**	4-601-50-15059-1	

CONCEPTO	FECHA DE INICIO (DD/MM/AA)	FECHA TERMINACION (DD/MM/AA)	VALOR MENSUAL	VALOR TOTAL
PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN COMO TALLERISTA DE ARTES Y OFICIOS PARA DESARROLLAR PROCESOS DE FORMACIÓN A GRUPOS DE INTERÉS DEL PROGRAMA DE JUVENTUD DENTRO DEL PROYECTO DE INVERSIÓN DENOMINADO "FORTALECIMIENTO DE ENTORNOS SOCIALES PROTECTORES PARA LA INTEGRACIÓN SEGURA DE LOS Y LAS JÓVENES DEL MUNICIPIO DE BUCARAMANGA"	**21-mar-25**	**20-abr-25**	$ 3.000.000	$ 3.000.000
		TOTALES	**$ 3.000.000**	**$ 3.000.000**

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	$290.700
Aporte obligatorio a pensión (16%) Minimo	$372.100
Aportes a Riesgos laborales (ARL)	$56.700
Total Aportes Obligatorios	$719.500

ELGA CONSUELO ARIZA ROMERO
C.C 63370457

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, 29 ABR. 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 **ELGA CONSUELO ARIZA ROMERO** identificada[o] con Cédula de Ciudadanía No. **63370457**, expedida en **LA BELLEZA** 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
323-CD-2025	PRESTACION DE LOS SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO TALLERISTA DE ARTE Y OFICIOS PARA DESARROLLAR PROCESOS DE FORMACION A GRUPOS DE INTERES DE PROGRAMA DEL PROGRAMA DE JUVENTUD DENTRO DEL PROYECTO DE INVERSION DENOMINADO "FORTALECIMIENTO DE ENTORNOS SOCIALES PROTECTORES PARA LA INTEGRACION SEGURA DE LOS JOVENES DE MUNICIPIO DE BUCARAMANGA.	$ 12.000.000	$ 3.000.000	21/03/2025 AL 20/07/2025
	TOTAL	$ 12.000.000	$ 3.000.000	

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,

ELGA CONSUELO ARIZA ROMERO
CC 63370457
Cel: 3003954008
Dirección: Cll 19 No 11C-51 Rosales

Banco Agrario de Colombia
El Banco que hace crecer el campo
Nit : 800.037.800-8

CERTIFICACION

El Banco Agrario de Colombia, certifica que: ARIZA ROMERO ELGA CONSUELO, identificado(a) con CEDULA DE CIUDADANIA No. 63370457, se encuentra vinculado(a) con nuestra entidad en el producto de: AHO - CUENTAS AHORROS, número 4-601-50-15059-1, con una antigüedad de TRES (3) año(s).

Se expide en FLORIDABLANCA, a los trece (13) días del mes de marzo de 2025, con destino a: TITULAR

Banco Agrario de Colombia
Of. Floridablanca - S/der

DIRECTOR (A) OFICINA
FIRMA AUTORIZADA

Powered by CamScanner

ASOPAGOS s.a.

RAZÓN SOCIAL :	ELGA CONSUELO ARIZA ROMERO
IDENTIFICACIÓN:	CC-63370457
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2025-04-19
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2025-04-14
FECHA DE PAGO:	2025-04-14
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DE OCCIDENTE
PERÍODO PENSIÓN:	2025-03
PERÍODO SALUD:	2025-03
NÚMERO PLANILLA:	8635763051
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8605780161
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS037	900156264	NUEVA E.P.S. S.A.	1	$ 901.550	$ 0	$ 0	$ 0	$ 112.700	$ 112.700
230301	800224808	PORVENIR	1	$ 901.550	$ 0	$ 0	$ 0	$ 144.300	$ 144.300
14-23	860011153	POSITIVA	1	$ 901.550	$ 0	$ 0	$ 0	$ 22.000	$ 22.000
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 0	$ 279.000	$ 279.000

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	15/05/2025

EFECTIVO LTDA.
NIT: 830.131.993-1

ORDEN DE SERVICIO

N. OS: 9578915785 DV: 12666
Cliente:113237 PLANILLAS AVAL Aportes A
Linea Arus Compensar Asopagos Simple M
P18
Fecha: 14/04/2025 12:29:5
PAP: 9192
Nombre: HECG
Apellido 1: ART
NUM PLANILLA: 860578016
TIPO DE IDENTIFICACION: CEDULA D
CIUDADANI
NUMERO IDENTIFICACION: 6337045
PERIODO: 2025
Referencia: 860578016 Valor: $279.000,0

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

ASOPAGOS s.a.

CONSULTA EMPLEADO

RAZÓN SOCIAL	ELGA CONSUELO ARIZA ROMERO
IDENTIFICACIÓN APORTANTE	CC-63370457
SUCURSAL	0
FECHA PAGO	2025-04-23
INDENTIFICACION EMPLEADO	CC-63370457
NOMBRE EMPLEADO	ELGA CONSUELO ARIZA ROMERO
EPS	NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A.
AFP	PORVENIR
CAJA COMPENSACIÓN	Sin CCF
ARL	ARL - POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS
NÚMERO PLANILLA	8635841201
REFERENCIA PAGO(PIN)	8635841201
TIPO PLANILLA	I
PERIODO PENSIÓN	2025-04
PERIODO SALUD	2025-04
TIPO COTIZANTE	Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes
SUBTIPO COTIZANTE	Sin Subtipo
ACTIVIDAD ECONÓMICA	3931903
NOVEDAD INGRESO INICIAL	
NOVEDAD INGRESO FINAL	

ING	Fecha ING	RET	Fecha RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	Fecha VSP	VTE	VST	SLN	Fecha Sln inicio	Fecha Sln Fin	IGE	Fecha Ige Inicio	Fecha Ige Fin	LMA	Fecha LMA	Fecha LMA Fin	VAC	Fecha Vac Inicio	Fecha VAC Fin	AVP	VCT	Fecha VCT Inicio	Fecha VCT Fin	IRL	Fecha IRL Inicio	Fecha IRL Fin
																												0		

SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

Dias Cot	Tarifa	Cot. Obligatoria	Cot. Voluntaria		Total	Fondo de Solidaridad de	Fondo de Subsistencia	Valor no retenido
			Afiliado	Aportante				
30	0,1600000	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0

SISTEMA GENERAL DE SALUD

Dias Cot	Tarifa	Cot. Obligatoria	UPC adicional	Incapacidades E.G		Licencias de Maternidad o	
				Número Autorización	Valor	Número Autorización	Valor
30	0,1250000	$ 178.000	$ 0	0	$ 0	0	$ 0

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES

Dias Cot	Tarifa	Cot. Obligatoria	Código de centro de trabajo
30	0,0243600	$ 34.700	80400216

APORTES PARAFISCALES

Dias Cot	Caja de Compensación Familiar		Sena		ICBF		ESAP		MIN DE EDUCACIÓN	
	Tarifa	Cot.Oblogatoria	Tarifa	Cot.Oblogatoria	Tarifa	Cot.Oblogatoria	Tarifa	Cotización	Tarifa	Cot.Oblogatoria
0	0,0000000	$ 0	0,0000000	$ 0	0,0000000	$ 0	0,0000000	$ 0	0,0000000	$ 0

TOTAL COTIZACIÓN EMPLEADO

Pension	Salud	Riesgos	Parafiscales	Total
$ 227.800	$ 178.000	$ 34.700	$ 0	$ 440.500

EFECTIVO LTDA
NIT: 830.131.993-1

ORDEN DE SERVICIO

S: 9580224158 DV: 543976
nte:113237 PLANILLAS AVAL Aportes en
ea Arus Compensar Asopagos Simple Mi
Plan
22/04/2025 17:36:04
919275
elga consuelo
ariza
863584120 1
CEDULA DE
CIUDADANIA
63370457
202504
$440.500,00

ca condiciones particulares con el
cliente beneficiario
nserve este recibo, es el unico
rte valido para atender cualquier
reclamacion.
ara reclamaciones presente este
recibo; Tel. (1) 6510101.
erviciaalcliente@efecty.com.co
www.efecty.com.co

Hacienda

POSITIVA COMPAÑÍA 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, **ELGA CONSUELO ARIZA ROMERO** identificado con **CC** No. **63370457**, 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:** 21/03/2025 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 21/03/2025 **Fecha fin de Contrato:** 20/07/2025 **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): 202501013576007.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 21 días del mes de marzo de 2025.

Cordialmente,

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

BANCOLOMBIA
BUCARAMANGA - CASA DEL LIBRO
2025 ABR. 15
OF. 327
RECIBIDO Nº 005

SECRETARIA DE HACIENDA
DEPARTAMENTO DE SANTANDER
ESTAMPILLAS DEPARTAMENTALES
NIT 890.201 235-6

(**Recibo de recaudo No: 2502500242911**)

→ **NOMBRE O RAZÓN SOCIAL**
No. Documento: 63370467
Nombre:
EI GA CONSUELO ARIZA ROMERO

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

VALOR BASE	3.000.000
VALOR TOTAL CONTRATO	12.000.000
VALOR ORDEN DE PAGO	3.000.000
FECHA CONTRATO	18/03/2025
NRO. CONTRATO	323
NUMERO ORDEN DE PAGO	01

→ESTAMPILLA-TASA-IMPUESTO-CONTRIBUCIÓN

PRO HOSPITAL	$0.000
PRO UIS	$000.000
TOTAL	$120.000
Ordenanza 122005	$12.000
Total a pagar	**$132.000**

Se destina a:
Instituto de la Juventud el Deporte y la Recreación de Bucaramanga INDERBU

→Fecha expedición. 2025/04/15
Fecha límite de pago. 2025/04/21

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

RE-OP-07

Bancolombia

Powered by CamScanner