Oficina Gestora	SUBDIRECCION OPERATIVA
No. de Contrato	315- 2025 **Informe No.** 5
Nombre del Contratista	MARIA CAMILA GOMEZ RUEDA
Nombre del Supervisor	**LINA CONSTANZA CORREA CARDONA** **SUBDIRECTORA OPERATIVA (E)**

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- 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			
		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. 5

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°**	315-2025
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 COMO PSICÓLOGA PARA EL DESARROLLAR LAS ESTRATEGIAS DE PROMOCIÓN, PREVENCIÓN Y ATENCIÓN A LOS PROGRAMAS DE LA SUBDIRECCIÓN OPERATIVA DEL INDERBU	14-jul-25	13-ago-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.

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
2025-07	2025-07	1677632635	9488731814	I	2025/08/22	2025/08/04	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	Codigo	Dias	Codigo	Dias	Codigo	Dias	Tarifa	Dias	Exonerado SENA e ICBF
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																													
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																													
Ciudad: BUCARAMANGA Depto: SANTANDER (1 Afiliados)																													
1	CC	1098762383	GOMEZ MARIA																230301	30	EPS037	30		0	14-23	30	2.436%	0	No
Total Afiliados(1)																													

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
2025-07	2025-07	1677632635	9488731814	I	2025/08/22	2025/08/04	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
POSITIVA 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**

2025/08/04 04:24 PM

Banco de Occidente
GRUPO AVAL
15 AGO 2025
CAJA 1
RECIBIDO

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

Recibo de recaudo No: 2502500524847

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL
No. Documento: 1098762383
Nombre.
MARIA CAMILA GOMEZ RUEDA

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

VALOR BASE	3.500.000
VALOR TOTAL CONTRATO	28.000.000
VALOR ORDEN DE PAGO	3.500.000
FECHA CONTRATO	13/03/2025
NRO. CONTRATO	315
NUMERO ORDEN DE PAGO	5

ESTAMPILLA-TASA-IMPUESTO-CONTRIBUCIÓN

PRO HOSPITAL	$70.000
PRO UIS	$70.000
TOTAL	$140.000
Orden [illegible]2025	$14.000
Total a pagar	**$154.000**

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

Fecha expedición. 2025/08/15
Fecha límite de pago. 2025/08/21

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

SOPORTE TRÁMITE

Banco de Occidente
GRUPO AVAL
15 AGO 2025
CAJA 1
RECIBIDO

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

Recibo de recaudo No: 2502500524847

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL
No. Documento: 1098762383
Nombre.
MARIA CAMILA GOMEZ RUEDA

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

VALOR BASE	3.500.000
VALOR TOTAL CONTRATO	28.000.000
VALOR ORDEN DE PAGO	3.500.000
FECHA CONTRATO	13/03/2025
NRO. CONTRATO	315
NUMERO ORDEN DE PAGO	5

ESTAMPILLA-TASA-IMPUESTO-CONTRIBUCIÓN

PRO HOSPITAL	$70.000
PRO UIS	$70.000
TOTAL	$140.000
Orden [illegible]2025	$14.000
Total a pagar	**$154.000**

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

Fecha expedición. 2025/08/15
Fecha límite de pago. 2025/08/21

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

SOPORTE TRÁMITE

Scanned with CamScanner