CONTRATISTA				CONTRATO N°
SANTOS YANET DUARTE CARDENAS				164 DE 2025
PAGO				PERIODO DE EJECUCIÓN
NUMERO	05	DE	08	15/09/2025 – 14/10/2025

DOCUMENTOS	APLICA		PERIODICIDAD	ENCARGADO DE SUMINISTRAR EL DOCUMENTO
	NO	SI		
1. Control documental para pago de contratos.		X	Todos los pagos	Contratista
2. Informe de actividades		X	Todos los pagos	Contratista
3. Certificación Bancaria		X	Todos los pagos	Contratista
4. Factura original o Cuenta de Cobro (régimen simplificado)		X	Todos los pagos	Contratista
5. Planilla pagada seguridad social y soporte de transacción realizada ante la entidad bancaria.		X	Todos los pagos	Contratista
6. Original del pago de estampillas departamentales y soporte de pago.		X	Todos los pagos	Contratista
7. Formato de acta de pago y supervisión (2 copias)		X	Todos los pagos	Supervisor
8. Acta de liquidación	X		Liquidación de contrato	Supervisor

Recibido Oficina	Fecha de Recibido
SH. Elizabeth G	23-10-2025.

NOTA 1: Es importante tener en cuenta el orden de los documentos. En caso de adiciones presentar los documentos necesarios para su revisión.

NOTA 2: El desembolso se realizará dentro de los cinco días hábiles después de radicada la cuenta en la secretaria de Hacienda (En caso de encontrar alguna inconsistencia en los soportes de la respectiva cuenta se retornarán a la oficina gestora para iniciar nuevamente el trámite)

NOTA 3: Los pagos se harán mediante giro directo a la cuenta bancaria a nombre del contratista por medio de las plataformas electrónicas de los bancos autorizados por la entidad contratante.

NOTA 4: Es responsabilidad del supervisor verificar la veracidad de la información en el presente control documental de acuerdo a los Art. 83 y 84 de la Ley 1474 de 2011 (supervisión e intervención contractual)

NOTA 5: Se debe presentar dos copias del formato de acta de pago y supervisión, se debe presentar de manera física.

INFORME DE ACTIVIDADES No 05						
NOMBRE CONTRATISTA	SANTOS YANET DUARTE CARDENAS				**C.C. / NIT**	28.169.087
N° CONTRATO	164 DE 2025	**PERIODO EJECUCION**	**DESDE**	15/09/2025	**HASTA**	14/010/2025
OBJETO DEL CONTRATO						
"PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE HOGAR DE PASO MODALIDAD FAMILIA PARA LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES QUE DE ACUERDO A LA COMISARÁ DE FAMILIA SE ENCUENTREN EN CONDICIÓN DE VULNERABILIDAD O AMENAZA DE SUS DERECHOS EN EL MUNICIPIO DE OIBA.						
NÚMERO DE PAGO	**05**				**DE:**	**08**
NOMBRE DEL SUPERVISOR Y CARGO:	**YULY ANDREA RINCÓN RODRIGUEZ** **COMISARIA DE FAMILIA**					

DESCRIPCIÓN DE OBLIGACIONES Y ACTIVIDADES DURANTE EL RESPECTIVO PERIODO		
OBLIGACIONES DEL CONTRATO	**DETALLAR LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL RESPECTIVO PERIODO**	**EVIDENCIA**
1. ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN TRES COMIDAS PRINCIPALES DIARIAS	Durante este periodo, me mantuve disponible para la prestación del servicio; sin embargo, desde la Comisaría de Familia no se identificaron casos de vulneración de derechos que ameritaran la ubicación de algún NNA en la modalidad de hogar de paso	**Anexo 1** Soporte Fotografico
2. COMIDAS INTERMEDIAS DIARIAS	Durante este periodo, me mantuve disponible para la prestación del servicio; sin embargo, desde la Comisaría de Familia no se identificaron casos de vulneración de derechos que ameritaran la ubicación de algún NNA en la modalidad de hogar de paso	**Anexo 2** Soporte Fotografico
3. ELEMENTOS DE ASEO, MEDICAMENTOS Y COSTOS DEL SERVICIO DE HOSPEDAJE	Durante este periodo, me mantuve disponible para la prestación del servicio; sin embargo, desde la Comisaría de Familia no se identificaron casos de vulneración de derechos que ameritaran la ubicación de algún NNA en la modalidad de hogar de paso	. **Anexo 3** Soporte Fotografico

4. DISPONIBILIDAD DE ALOJAMIENTO PARA LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES QUE REQUIERAN SER UBICADOS EN EL HOGAR DE PASO FAMILIAR.	Durante este periodo, se garantizó la disponibilidad del servicio durante este período de ejecución.	**Anexo 5** Soporte Fotografico
5. VIDA COTIADIANA	Durante este periodo, me mantuve disponible para la prestación del servicio; sin embargo, desde la Comisaria de Familia no se identificaron casos de vulneración de derechos que ameritaran la ubicación de algún NNA en la modalidad de hogar de paso	**Anexo 5** Soporte Fotografico

Productos y/o Otros Anexos

Se hace entrega de las evidencias como anexos del informe de Actividades.
Cuenta de cobro.
Estampilla Departamental con soporte de pago.
Planilla de Aportes al sistema de Seguridad Social Integral con soporte de pago.
Certificación bancaria.

Janeth Duarte Cardenas

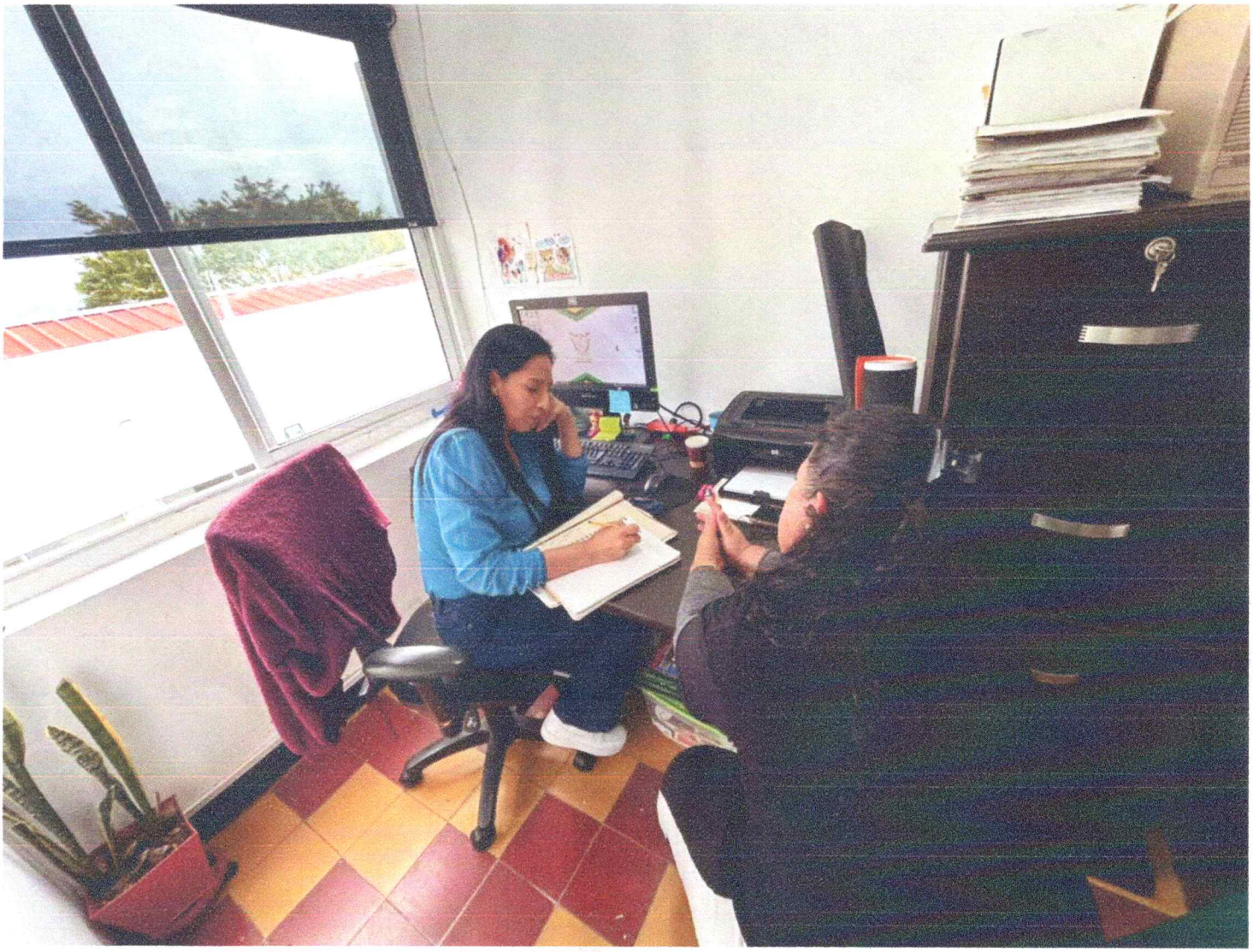
SANTOS YANET DUARTE CARDENAS
CC 28.169.087 DE GUADALUPE
CONTRATISTA

ANEXO 1

SOPORTE FOTOGRAFICO DISPONIBILIDAD DEL SERVICIO – ACTIVIDADES COMISARIA DE FAMILIA

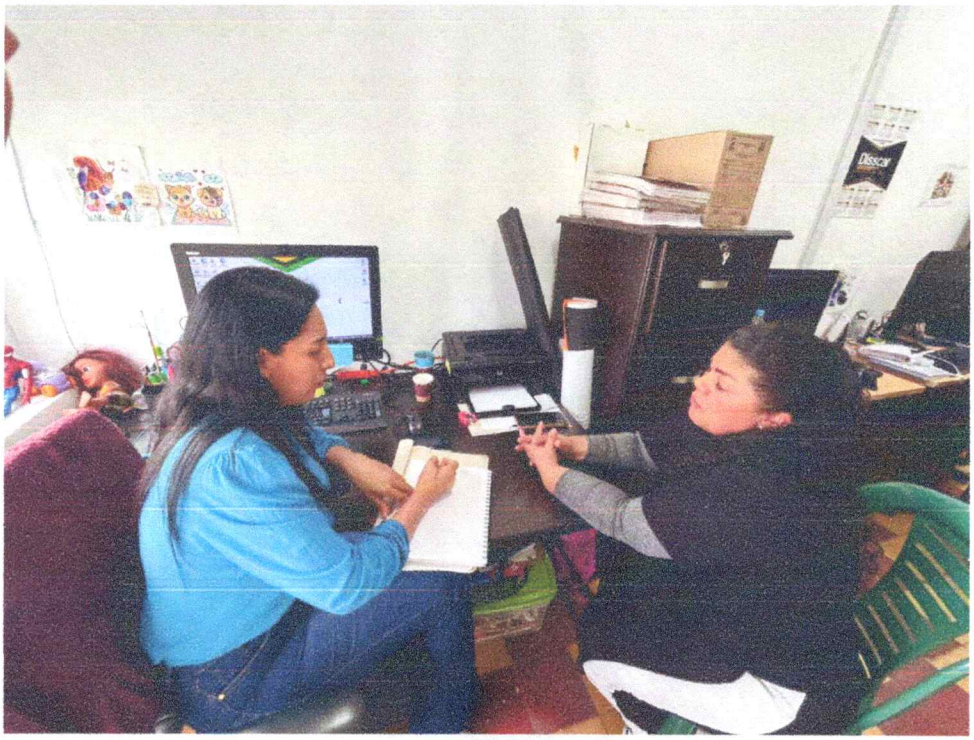


ANEXO 2
SOPORTE FOTOGRAFICO DISPONIBILIDAD DEL SERVICIO – ACTIVIDADES COMISARIA DE FAMILIA



ANEXO 3

SOPORTE FOTOGRAFICO DISPONIBILIDAD DEL SERVICIO – ACTIVIDADES COMISARIA DE FAMILIA



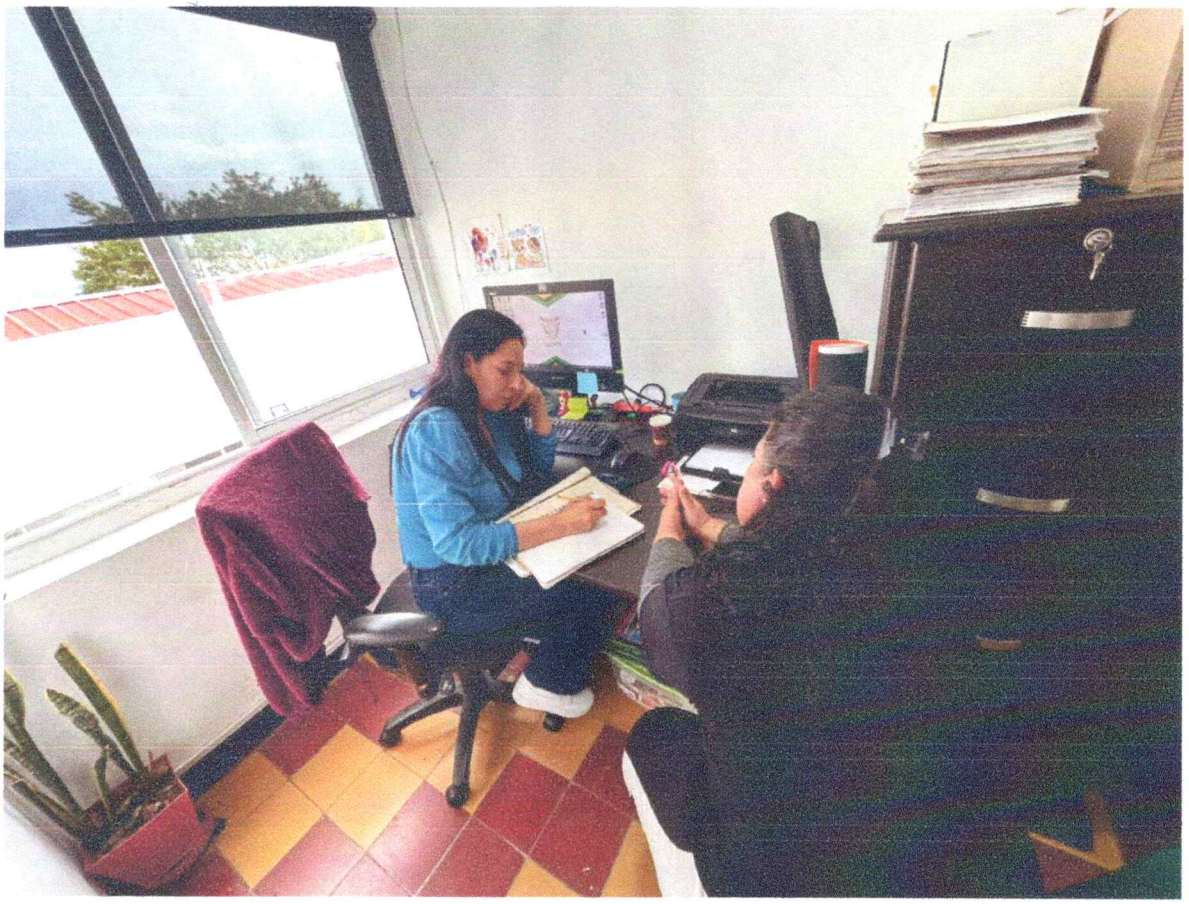
ANEXO 4

SOPORTE FOTOGRAFICO DISPONIBILIDAD DEL SERVICIO – ACTIVIDADES COMISARIA DE FAMILIA



ANEXO 5

SOPORTE FOTOGRAFICO DISPONIBILIDAD DEL SERVICIO – ACTIVIDADES COMISARIA DE FAMILIA



Banco Agrario de Colombia
El Banco que hace crecer el campo

Nit : 800.037.800-8

CERTIFICACION

El Banco Agrario de Colombia, certifica que: DUARTE CARDENAS SANTOS YANET, identificado(a) con CEDULA DE CIUDADANIA No. 28169087 de GUADALUPE, se encuentra vinculado(a) con nuestra entidad con el producto de: AHO - CUENTAS AHORROS, número 4-605-42-00910-2, fecha de apertura: 08/22/2011.

Se expide en OIBA, a los doce (12) días del mes de febrero de 2025, con destino a: ALCALDIA MUNICIPAL DE OIBA

Banco Agrario de Colombia
Of. Oiba - S/der

DIRECTOR (A) OFICINA

FIRMA AUTORIZADA

Scanned with CamScanner

CUENTA DE COBRO N°05
CONTRATO N°164 DEL 15 DE MAYO DEL 2025

MUNICIPIO DE OIBA
NIT 890.210.948-7

DEBE A:

SANTOS YANET DUARTE CARDENAS mayor de edad, identificado con la Cédula de Ciudadanía Nº 28.169.087, domiciliada en la calle7 A#11-58 de Oiba Santander, en el cumplimiento de las actividades contratadas y como lo detalla el informe de actividades N° 05 que tiene por objeto **"PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE HOGAR DE PASO MODALIDAD FAMILIA PARA LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES QUE DE ACUERDO A LA COMISARÁ DE FAMILIA SE ENCUENTREN EN CONDICIÓN DE VULNERABILIDAD O AMENAZA DE SUS DERECHOS EN EL MUNICIPIO DE OIBA.,** por el periodo comprendido entre el 15 de Septiembre del 2025 al 14 de Octubre del 2025, el valor de UN MILLÓN OCHOCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS (1.850.000) M/CTE..

El cual autorizo sean girados a la cuenta que describo a continuación

TIPO	CUENTA	BANCO CORRESPONDIENTE
AHORROS	460542009102	BANCO AGRARIO

Janeth Duarte Cardenas.
SANTOS YANET DUARTE CARDENAS
C.C 28.169.087 de Guadalupe
Contratista

SOI

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	28169087
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			SANTOS YANET DUERTE CARDENAS
CIUDAD/MUNICIPIO:	BUCARAMANGA	DEPARTAMENTO:	SANTANDER
DIRECCIÓN:	CR 7 A 11 58	TELÉFONO:	7173458
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de servicios
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NÚMERO PLANILLA:	**7988089065**	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES	
PERIODO COTIZACIÓN	MES: septiembre	PERIODO COTIZACIÓN		MES:	septiembre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2025	SALUD:		AÑO:	2025
DÍAS DE MORA:	1				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/10/22	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			1871654063

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

Planilla Pagada SOI

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9003360047	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 228.000
		SUBTOTAL:	1	**$ 228.000**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9002267153	ESSC24	ESSC24-COOSALUD ESS	1	$ 178.200
		SUBTOTAL:	1	**$ 178.200**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600111536	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 7.600
		SUBTOTAL:	1	**$ 7.600**

VALOR SIN MORA:	**$ 413.300**
VALOR MORA:	**$ 500**
TOTAL PAGADO:	**$ 413.800**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	28169087
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			SANTOS YANET DUERTE CARDENAS
CIUDAD/MUNICIPIO:	BUCARAMANGA	DEPARTAMENTO:	SANTANDER
DIRECCIÓN:	CR 7 A 11 58	TELÉFONO:	7173458
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de servicios personales n.c.p.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		7988089065	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES septiembre AÑO	2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES septiembre AÑO	2025
DÍAS DE MORA:		1			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2025/10/22	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1871654063

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 227,800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 200	$ 0	$ 227,800	$ 200	$ 228,000
SUBTOTALES:										**$ 227,800**	**$ 200**	**$ 228,000**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NUMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
ESSC24	ESSC24-COOSALUD ESS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 178,000	$ 0	$ 200	$ 0	$ 178,000	$ 200	$ 0	$ 178,200
SUBTOTALES:													**$ 178,000**	**$ 200**	**$ 0**	**$ 178,200**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 7,500	$ 7,500	$ 100	$ 0	$ 7,600
SUBTOTALES:									**$ 7,500**	**$ 100**	**$ 0**	**$ 7,600**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																		SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES							
																											PENSIÓN								SALUD						ARP													
																													FSP		APORTES VOLUNTARIOS																		CCF		SENA		ICBF		ESAP		MINEDU	
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 28169087	DUARTE CARDENAS SANTOS YANET	INDEPENDIENTE VOLUNTARIO AL SISTEMA DE RIESGOS LABORALES		$ 1.423.500				NO																		25-14 COLPENSIONES	30	1,423,500	$ 227,800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227,800	ESSC24-COOSALUD ESS	30	1,423,500	$ 178,000	$ 0	$ 178,000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	1,423,500	28169087	$ 7,500	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 413.800

Bancolombia

Comprobante en línea

22 Oct 2025 15:52:44

Pago PSE

Pago exitoso

CUS 1871654063

Comercio
SOI ACH

Referencia 1
10.80.25.153

Fecha
22 Oct 2025 15:52:44

Referencia 2
CC

Número de factura
7988089065

Referencia 3
28169087

Descripción del pago
Pago de la Planilla Integrada de Seguridad Social y Parafisacales

Valor del Pago
$413.800

Número de comprobante
TR1550124063

Costo de la transacción
$ 0

Producto origen
Ahorros - Bancolombia
****** 8790**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Recaudo de Estampillas

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recibo Nº
2502500679163

Contribuyente

Trámite CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

PRO HOSPITAL	$ 37.000
PRO UIS	$ 37.000
Total Estampillas	**$ 74.000**
Ordenanza 012	$ 7.400
Total a Pagar	**$ 81.400**

Fecha de Expedición 2025/10/22 Fecha Limite de Pago

Con destino a: **Alcaldía de Oiba**

Contribuyente Tipo de Doc. CC Número 28169087
Nombre SANTOS YANET DUARTE CARDENAS
Dirección Teléfono
Municipio Departamento

(415)7709998038639(8020)0250250067916 3(3900)000000008 1400(96)

VALOR BASE	$ 1.850.000
VALOR TOTAL CONTRATO	$ 13.874.999
VALOR ORDEN DE PAGO	$ 1.850.000
FECHA CONTRATO	15/05/2025
NRO. CONTRATO	164
NUMERO ORDEN DE PAGO	05

Trámite

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº 2502500679163

Trámite CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Con destino a: **Alcaldía de Oiba**

Tipo de Doc. CC
Nombre: SANTOS YANET DUARTE CARDENAS
Dirección:
Número: 28169087
Teléfono:

VALOR BASE	$ 1.850.000
VALOR TOTAL CONTRATO	$ 13.874.999
VALOR ORDEN DE PAGO	$ 1.850.000
FECHA CONTRATO	15/05/2025
NRO. CONTRATO	164

PRO HOSPITAL	$ 37.000
PRO UIS	$ 37.000
Total Estampillas	**$ 74.000**
Ordenanza 012	$ 7.400
Total a Pagar	**$ 81.400**

SYC

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº 2502500679163

Trámite CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Con destino a: **Alcaldía de Oiba**

Total a Pagar $ 81.400

Fecha de Expedición 2025/10/22 Fecha Limite de Pago

VALOR BASE	$ 1.850.000
VALOR TOTAL CONTRATO	$ 13.874.999
VALOR ORDEN DE PAGO	$ 1.850.000
FECHA CONTRATO	15/05/2025
NRO. CONTRATO	164

PRO HOSPITAL	$ 37.000
PRO UIS	$ 37.000
Total Estampillas	**$ 74.000**
Ordenanza 012	$ 7.400

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº 2502500679163

Trámite CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Con destino a: **Alcaldía de Oiba**

PRO HOSPITAL	$ 37.000
PRO UIS	$ 37.000
Total Estampillas	**$ 74.000**
Ordenanza 012	$ 7.400
Total a Pagar	**$ 81.400**

Gobernación

Contribuyente Tipo de Doc.CC Número 28169087
Nombre SANTOS YANET DUARTE CARDENAS
Dirección Teléfono
Municipio Departamento

(415)8902012356005(8020)0250250067916 3(3900)000000000 74000(96)

VALOR BASE	$ 1.850.000
VALOR TOTAL CONTRATO	$ 13.874.999
VALOR ORDEN DE PAGO	$ 1.850.000
FECHA CONTRATO	15/05/2025
NRO. CONTRATO	164

Fecha de Expedición 2025/10/22
Fecha Limite de Pago

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº 2502500679163

Con ribuyen e Tipo de Doc. CC Número 28169087
Nombre SANTOS YANET DUARTE CARDENAS
Dirección Teléfono
Municipio Departamento

Trámite CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Con destino a: **Alcaldía de Oiba**

Fecha de Expedición 2025/10/22

Total a Pagar $ 81.400

Banco

(415)8902012356005(8020)0250250067916 3(3900)000000000 74000(96)

(415)8902012356006(8020)0250250067916 3(3900)000000000 7400(96)

PRO HOSPITAL	$ 37.000
PRO UIS	$ 37.000
Total Estampillas	**$ 74.000**
Ordenanza 012	$ 7.400

Pago PSE

Transacción aprobada

Resultado de la transacción

Código único CUS
1871728238

Destino Pago
Departamento de Santander

Motivo
PSE

Fecha
22-10-2025

Número de aprobación
71728238

Dirección IP
181.225.78.238

Número de factura
133673263

Valor transacción	Costo de la transacción	Valor impuestos
$ 81.400,00	$ 0,00 IVA incluido	$ 0,00

Referencia 1	Referencia 2	Referencia 3
02	8902012356	8412

VIGILADO Banco Davivienda S.A. Todos los derechos reservados 2017. DAVIVIENDA

ORDEN DE PAGO DEL SUPERVISOR A LA SECRETARÍA DE HACIENDA MUNICIPAL			
I. DATOS BÁSICOS DEL CONTRATO CPS- 164 -2025			
CONTRATISTA:	SANTOS YANET DUARTE CARDENAS		
C.C. o NIT:	Cc: 28.169.087		
SUPERVISOR	YULY ANDREA RINCÓN RODRIGUEZ		
CARGO	COMISARIA DE FAMILIA		
FECHA DE INICIO	15 DE MAYO DEL 2025	FECHA DE TERMINACIÓN	29 DE DICIEMBRE DEL 2025
OBJETO DEL CONTRATO:			
"PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE HOGAR DE PASO MODALIDAD FAMILIA PARA LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES QUE DE ACUERDO A LA COMISARÁ DE FAMILIA SE ENCUENTREN EN CONDICIÓN DE VULNERABILIDAD O AMENAZA DE SUS DERECHOS EN EL MUNICIPIO DE OIBA.			

II. DESCRIPCIÓN DEL PAGO							
N° de cuenta de cobro	05	Periodo a cobrar	15/09/2025	14/10/2025	Acta:	Parcial:	X
						Final:	
CDP No.	202504040002		RP No.	202505150002			
FECHA	04/04/2025		FECHA	15/05/2025			
CDP Adicional No.	N/D		RP Adicional No.	N/D			
FECHA	N/D		FECHA	N/D			
VALOR DE LA PRESENTE CUENTA DE COBRO:	$1.850.000	VALOR EN LETRAS:	UN MILLÓN OCHOCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS M/CTE				

ESTADO DE CUENTA					
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$13.874.999	Valor acta parcial No 04	$1.850.000	Valor acta parcial No 09	
Adición (si lo hay)	0	Valor acta parcial No 05	$1.850.000	Valor acta parcial No 10	
Valor acta parcial No 01	$1.850.000	Valor acta parcial No 06		Valor acta parcial No 11	
Valor acta parcial No 02	$1.850.000	Valor acta parcial No 07		Valor acta parcial No 12	
Valor acta parcial No 03	$1.850.000	Valor acta parcial No 08		Saldo (valor pendiente para pago)	$4.624.999
III, APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES					

El supervisor certifica que ha verificado el pago de los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social realizados por el contratista por medio de la planilla relacionada en el presente informe, y que los mismos han sido liquidados de conformidad con las normas vigentes.

No Planilla.	PERIODO PAGO	FECHA DE PAGO	VR. SALUD	VR. PENSIÓN	VR. ARL
7988089065	SEPTIEMBRE	22/10/2025	$178.200	$ 228.000	$7.600
VR. SENA	0	VR. ICBF	0	VR. CCF	0
VALOR TOTAL CANCELADO APORTES				$413.800	

CUMPLIMIENTO DECRETO 2271- 2009 POR PARTE DEL CONTRATISTA					CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO SUPERVISOR
PARA LOS EFECTOS LEGALES EL SUPERVISOR CERTIFICA, QUE EL CONTRATISTA SUMINISTRÓ LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:					
Que los pagos aportados de seguridad social sobre el período informado en la presente acta corresponden a los pagos efectuados sobre los ingresos percibidos como contratista de la alcaldía de Oiba, con la cual tiene suscrito el contrato mencionado.					**Certifico que, previa revisión del presente formato y sus anexos, del informe de actividades y/o del producto establecido en el contrato, el contratista cumplió a satisfacción con las obligaciones contenidas en el mismo, por lo que cumple con todos los requisitos legales y, por tanto, autorizo el pago.**
1. Manifiesta que es régimen especial o régimen simple de tributación	SI		NO	X	
2. Manifiesta que es del régimen no responsable de IVA (antiguo régimen simplificado).	SI	X	NO		
3. Manifiesta que es del régimen Ordinario	SI		NO	X	
4.Manifiesta que es del régimen responsable de IVA (antiguo régimen común)	SI		NO	X	

EXCLUSIVO PARA DISMINUIR BASE DE RETENCIÓN

6. Que siguen vigentes, las condiciones para aplicar las deducciones presentadas para depuración de la base de retención en la fuente por concepto de:

a.	Intereses de crédito de vivienda	SI		NO	x	**Valor Anual:** $_____
b.	Plan de Medicina Prepagada o Seguro de Salud	SI		NO	x	**Valor Mensual:** $_____
c.	Dependientes	SI		NO	x	

La presente certificación se expide a los 22 días del mes de octubre de 2025.

Observaciones: Se adjunta planilla de aportes al SGSSI equivalente al periodo de cobro y la estampilla departamental con sus respectivos soportes de pago.

Se adjunta informe del contratista con sus respectivos anexos el cual contiene 06 Folios.

CERTIFICACIÓN DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi condición de supervisor del Contrato de prestación de Servicios arriba relacionado, certifico el cumplimiento a cabalidad de las obligaciones establecidas en el mismo por parte del contratista y el desarrollo de las actividades descritas en el presente informe, en constancia de lo anterior,

YULY ANDREA RINCON RODRIGUEZ
COMISARIA DE FAMILIA
SUPERVISOR DEL CONTRATO

REVISÓ:

ORDEN DE PAGO DEL SUPERVISOR A LA SECRETARÍA DE HACIENDA MUNICIPAL			
I. DATOS BÁSICOS DEL CONTRATO CPS- 164 -2025			
CONTRATISTA:	SANTOS YANET DUARTE CARDENAS		
C.C. o NIT:	Cc: 28.169.087		
SUPERVISOR	YULY ANDREA RINCÓN RODRIGUEZ		
CARGO	COMISARIA DE FAMILIA		
FECHA DE INICIO	15 DE MAYO DEL 2025	FECHA DE TERMINACIÓN	29 DE DICIEMBRE DEL 2025
OBJETO DEL CONTRATO:			
"PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE HOGAR DE PASO MODALIDAD FAMILIA PARA LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES QUE DE ACUERDO A LA COMISARÁ DE FAMILIA SE ENCUENTREN EN CONDICIÓN DE VULNERABILIDAD O AMENAZA DE SUS DERECHOS EN EL MUNICIPIO DE OIBA.			

II. DESCRIPCIÓN DEL PAGO							
N° de cuenta de cobro	05	Periodo a cobrar	15/09/2025	14/10/2025	Acta:	Parcial:	X
						Final:	
CDP No.	202504040002		RP No.	202505150002			
FECHA	04/04/2025		FECHA	15/05/2025			
CDP Adicional No.	N/D		RP Adicional No.	N/D			
FECHA	N/D		FECHA	N/D			
VALOR DE LA PRESENTE CUENTA DE COBRO:	$1.850.000	VALOR EN LETRAS:	UN MILLÓN OCHOCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS M/CTE				

ESTADO DE CUENTA					
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$13.874.999	Valor acta parcial No 04	$1.850.000	Valor acta parcial No 09	
Adición (si lo hay)	0	Valor acta parcial No 05	$1.850.000	Valor acta parcial No 10	
Valor acta parcial No 01	$1.850.000	Valor acta parcial No 06		Valor acta parcial No 11	
Valor acta parcial No 02	$1.850.000	Valor acta parcial No 07		Valor acta parcial No 12	
Valor acta parcial No 03	$1.850.000	Valor acta parcial No 08		Saldo (valor pendiente para pago)	$4.624.999
III, APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES					

El supervisor certifica que ha verificado el pago de los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social realizados por el contratista por medio de la planilla relacionada en el presente informe, y que los mismos han sido liquidados de conformidad con las normas vigentes.

No Planilla.	PERIODO PAGO	FECHA DE PAGO	VR. SALUD	VR. PENSIÓN	VR. ARL
7988089065	SEPTIEMBRE	22/10/2025	$178.200	$ 228.000	$7.600
VR. SENA	0	VR. ICBF	0	VR. CCF	0
VALOR TOTAL CANCELADO APORTES				$413.800	

CUMPLIMIENTO DECRETO 2271- 2009 POR PARTE DEL CONTRATISTA					CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO SUPERVISOR
PARA LOS EFECTOS LEGALES EL SUPERVISOR CERTIFICA, QUE EL CONTRATISTA SUMINISTRÓ LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:					
Que los pagos aportados de seguridad social sobre el período informado en la presente acta corresponden a los pagos efectuados sobre los ingresos percibidos como contratista de la alcaldía de Oiba, con la cual tiene suscrito el contrato mencionado.					**Certifico que, previa revisión del presente formato y sus anexos, del informe de actividades y/o del producto establecido en el contrato, el contratista cumplió a satisfacción con las obligaciones contenidas en el mismo, por lo que cumple con todos los requisitos legales y, por tanto, autorizo el pago.**
1. Manifiesta que es régimen especial o régimen simple de tributación	SI		NO	X	
2. Manifiesta que es del régimen no responsable de IVA (antiguo régimen simplificado).	SI	X	NO		
3. Manifiesta que es del régimen Ordinario	SI		NO	X	
4.Manifiesta que es del régimen responsable de IVA (antiguo régimen común)	SI		NO	X	

EXCLUSIVO PARA DISMINUIR BASE DE RETENCIÓN

6. Que siguen vigentes, las condiciones para aplicar las deducciones presentadas para depuración de la base de retención en la fuente por concepto de:

a.	Intereses de crédito de vivienda	SI		NO	x	**Valor Anual:** $_____
b.	Plan de Medicina Prepagada o Seguro de Salud	SI		NO	x	**Valor Mensual:** $_____
c.	Dependientes	SI		NO	x	

La presente certificación se expide a los 22 días del mes de octubre de 2025.

Observaciones: Se adjunta planilla de aportes al SGSSI equivalente al periodo de cobro y la estampilla departamental con sus respectivos soportes de pago.

Se adjunta informe del contratista con sus respectivos anexos el cual contiene 06 Folios.

CERTIFICACIÓN DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi condición de supervisor del Contrato de prestación de Servicios arriba relacionado, certifico el cumplimiento a cabalidad de las obligaciones establecidas en el mismo por parte del contratista y el desarrollo de las actividades descritas en el presente informe, en constancia de lo anterior,

YULY ANDREA RINCON RODRIGUEZ
COMISARIA DE FAMILIA
SUPERVISOR DEL CONTRATO

REVISÓ:

Oiba 22 de octubre del 2025

Doctora:
VILMA RUTH ARGUELLO DELGADILLO
Secretaria de Hacienda Municipal
Alcaldía de Oiba– Santander

Asunto: PAGO DIRECTO DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL

Cordial saludo:

Yo, **Santos Yanet Duarte Cárdenas**, identificado con Cedula de Ciudadanía No. 28.169.087 expedida en Guadalupe – Santander, en virtud del contrato 164 del 15 de mayo del 2025 el cual me da la calidad de contratista con esta entidad, me permito manifestar de manera expresa mi voluntad de continuar asumiendo directamente el pago de mis aportes al Sistema de Seguridad Social Integral a partir del 1 de julio de 2025.

Lo anterior, en atención a lo dispuesto en el Decreto 514 del 9 de mayo de 2025, "por el cual se reglamentan y compilan las normas del Sistema de Protección Social Integral para la Vejez, Invalidez y Muerte de origen común, contemplado en la Ley 2381 de 2024", específicamente en su artículo 2.2.4.18.7, el cual establece que:

> *"Pago de Cotizaciones por parte del contratante. En el marco de lo dispuesto por el artículo 21 de la Ley 2381 de 2024 cuando se celebren contratos de prestación de servicios el contratante y el* ***contratista podrán*** *acordar que será responsabilidad del contratante realizar la cotización al Sistema de Protección Social Integral para la Vejez, Invalidez y Muerte de origen común.*
> (...)
> *"**Parágrafo 1.** En caso de que no se acuerde que el pago de los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral quedará a cargo del contratante,* ***el contratista seguirá siendo el responsable de su propio pago****" (subrayado y negrilla fuera de texto)*

Por lo anterior, agradezco se tenga en cuenta esta comunicación a efectos de que no se efectúe ningún descuento automático por concepto de aportes a salud, pensión o riesgos laborales, y que continúe siendo de mi responsabilidad su pago conforme a los términos legales.

Sin otro particular, agradezco su atención y quedo atento(a) a cualquier requerimiento adicional.

Cordialmente,

Janeth Duarte Cardenas.

SANTOS YANET DUARTE CARDENAS
C.C. 28.169.087 Expedida en Guadalupe - Santander
Teléfono: 3142567576
Correo electrónico: yanethduar1977@gmail.com

Oiba, Santander, 22 de octubre de 2025

Doctora:
VILMA RUTH ARGUELLO DELGADILLO
Secretaria de Hacienda Municipal
Alcaldía de Oiba– Santander

REF: DECLARACIÓN JURAMENTADA PARA EFECTOS TRIBUTARIOS – SISTEMA DE DETERMINACIÓN DEL IMPUESTO SOBRE LA RENTA DE LAS PERSONAS NATURALES.

Cordial saludo,

Yo, **Santos Yanet Duarte Cárdenas**, identificado con Cedula de Ciudadanía No. 28.169.087 expedida en Guadalupe – Santander, obrando en nombre propio, me permito declarar bajo la gravedad de juramento que en el momento del Acta de Pago Parcial No. 05 correspondiente a la ejecución del Contrato de Prestación de Servicios Profesionales No.164 cuyo objeto es **"PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE HOGAR DE PASO MODALIDAD FAMILIA PARA LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES QUE DE ACUERDO A LA COMISARÁ DE FAMILIA SE ENCUENTREN EN CONDICIÓN DE VULNERABILIDAD O AMENAZA DE SUS DERECHOS EN EL MUNICIPIO DE OIBA**, CERTIFICO que:

1. Soy persona natural residente en el país. **SI (X) NO ( )**

2. En mi depuración del impuesto sobre la renta no usaré costos y gastos, y si la renta exenta del 25% contenida en el numeral 10 del artículo 206 del ET. **SI ( ) NO (X)**

3. La depuración en el cálculo de la retención deberá realizarse a través de "pagos mensualizados". Para ello se tomará el monto total del valor del contrato menos los respectivos aportes obligatorios a salud y pensiones, y se dividirá por el número de meses de vigencia del mismo. Ese valor mensual corresponde a la base de retención en la fuente que debe ubicarse en la tabla. En el caso en el cual los pagos correspondientes al contrato no sean efectuados mensualmente, el pagador deberá efectuar la retención en la fuente de acuerdo con el cálculo mencionado en este parágrafo, independientemente de la periodicidad pactada para los pagos del contrato; cuando realice el pago deberá retener el equivalente a la suma total de la retención mensualizada." (Parágrafo 2 art.383 E.T.). **SI (X) NO ( )**

4. Certifico bajo gravedad de juramento que los documentos soporte del pago de aportes obligados al sistema de seguridad social en salud, pensión y riesgos profesionales corresponden a los ingresos provenientes del contrato. **SI (X) NO ( )**

5. Para efectos de lo previsto en el parágrafo 2° del artículo 387 del estatuto Tributario, para el beneficio tributario de deducción por dependientes, de manera libre, espontánea y bajo la gravedad de juramento, manifiesto que las siguientes personas dependen económicamente de mí (Anexar soportes según sea el caso:

DATOS DEPENDIENTES

NOMBRE COMPLETO	PARENTESCO	EDAD

Por lo anteriormente expuesto, muy respetuosamente les solicito que me sea aplicada la Retención en la Fuente a Título de Impuesto sobre la Renta para las rentas de la cedula de rentas de trabajo, de acuerdo con lo indicado en el Parágrafo 2° del artículo 383 del Estatuto Tributario.

De conformidad con el Decreto No. 522 del año 2003, acepto la información antes descrita.

Atentamente,

Janeth Duarte Cardenas

SANTOS YANET DUARTE CARDENAS
C.C. 28.169.087 Expedida en Guadalupe - Santander
Contratista