

CÓDIGO: GJ-F-02	INFORME MENSUAL DE CONTRATISTAS	 Instituto Municipal de Cultura y Turismo
VERSIÓN: 05		
FA: 01/12/2021	GESTIÓN JURÍDICA	

Bucaramanga 30 DIC 2025

Doctora
DIANA CAROLINA DUARTE GALINDO
Supervisor(a) contrato No. 0641_04
Subdirectora Técnica
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 para el PRIMER Y UNICO (1) PAGO, correspondiente a VEINTE (20) días del mes de DICIEMBRE del 2025, 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 logístico, en el marco del proyecto "apoyo al fomento y promoción de las habilidades de lectura, escritura y oralidad en la biblioteca Gabriel Turbay e infraestructura cultural de la ciudad de Bucaramanga "del instituto municipal de cultura y turismo.	
NÚMERO DE CONTRATO	0641_04	
PLAZO INICIAL	Veinte (20) días	
CONTRATISTA	EZEQUIEL JIMENEZ RODRIGUEZ 1.098.755.601 de Bucaramanga	
FECHA DE INICIO	03 de Diciembre de 2025	
FECHA DE TERMINACIÓN	22 de diciembre de 2025	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	DOS MILLONES (\$2.000.000) M/cte.	
VALOR PARCIAL DEL CONTRATO	DOS MILLONES (\$2.000.000) 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)	N/A	N/A
	N/A	N/A

CÓDIGO: GJ-F-02	INFORME MENSUAL DE CONTRATISTAS	 Instituto Municipal de Cultura y Turismo
VERSIÓN: 05		
FA: 01/12/2021		

2. GRADO DE CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES ESPECÍFICAS:

N o	OBLIGACIÓN	ACTIVIDAD REALIZADA	EVIDENCIAS	UBICACIÓN DE EVIDENCIAS
1	1. Apoyar en la ejecución de actividades operativas y logísticas necesarias para mantener en óptimas condiciones los espacios educativos y culturales, incluyendo el montaje, desmontaje y disposición de equipos, materiales y recursos requeridos para eventos, muestras artísticas, festivales y otras actividades institucionales.	1-Apoyé durante veinte (20) días del mes de DICIEMBRE del 2025, las actividades operativas y logísticas del IMCT.	Documento en EXCEL: Evidencias fotográficas DICIEMBRE IMCT.	CD- Carpeta Obligación N.1
2	2. Apoyar en el soporte logístico a la subdirección de turismo, cumpliendo los requerimientos establecidos en los planes de trabajo.	1-Brindé apoyo logístico y operativo a la subdirección de turismo, área administrativa, de acuerdo al plan de trabajo que se trace, actividades afines formativas; elaborando evidencias, durante veinte (20) días del mes de DICIEMBRE del 2025.	Documento en PDF: 1 Evidencias fotográficas IMCT.	CD- Carpeta Obligación N.2
3	3. Apoyar con la gestión de transporte eficiente y seguro de materiales, equipos y recursos entre las distintas sedes y eventos, verificando su disposición, estado y entrega oportuna.	1.Apoyé en las actividades operativas y logísticas que fueron requeridas en el nivel central, descentralizado, de extensión y proyectos socioculturales de EL INSTITUTO DE CULTURA Y TURISMO, para el desarrollo de contenidos académicos, lúdicos o muestras artísticas; se presta apoyo logístico y operativo.	Documento en PDF: 1. Evidencias fotográficas	CD- Carpeta Obligación N.3
4	4. Apoyar en el seguimiento y mantenimiento del inventario de materiales y equipos, reportando cualquier necesidad de reposición o incidencia al supervisor, así como realizar ajustes menores o coordinar mantenimientos técnicos más complejos.	1.Diligencé formato de control de trabajo de infraestructura durante veinte (20) días del mes de DICIEMBRE del 2025,	Documento en PDF: 1- Evidencias fotográficas DICIEMBRE imct.	CD- Carpeta Obligación N.4

CÓDIGO: GJ-F-02	INFORME MENSUAL DE CONTRATISTAS	 Instituto Municipal de Cultura y Turismo
VERSIÓN: 05		
FA: 01/12/2021	GESTIÓN JURÍDICA	

N o	OBLIGACIÓN	ACTIVIDAD REALIZADA	EVIDENCIAS	UBICACIÓN DE EVIDENCIAS
5	5. Documentar las actividades logísticas mediante registros escritos, fotográficos o audiovisuales, y participar activamente en reuniones de planificación logística para aportar sugerencias que mejoren los procesos operativos.	En este periodo no se realizó reunión de planificación	Documento en Evidencias fotográficas 1.	CD- Carpeta Obligación N.5
6	6. Las demás actividades que el supervisor le asigne y tengan relación con el objeto contractual	1.Apoyé y acompañé labores logísticas Y administrativas elaborando evidencias fotográficas durante veinte (20) días del mes de DICIEMBRE del 2025	1.Carpeta - Evidencias fotográficas DICIEMBRE IMCT	CD- Carpeta Obligación N.6

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	PORVENIR	2025/12	2025/12/18	92447904	159.500
SALUD	EPS SURA	2025/12	2025/12/18	92447904	124.600
ARL	SURA	2025/12	2025/12/18	92447904	5.300

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 periodo 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

CÓDIGO: GJ-F-02	INFORME MENSUAL DE CONTRATISTAS	 Instituto Municipal de Cultura y Turismo
VERSIÓN: 05		
FA: 01/12/2021	GESTIÓN JURÍDICA	

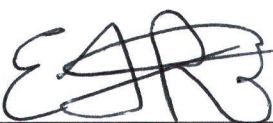
que me genere obligación de aporte al sistema general de la seguridad social¹.

(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;


EZEQUIEL JIMENEZ RODRIGUEZ
C.C 1.098.755.601 de BUCARAMANGA.

Revisó:


JAVIER HUMBERTO ZÁRATE MORENO
CC No. 91.519.815

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.

DATOS DEL APORTANTE									
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD			
CC	1088755601	EZEQUIEL JIMENEZ RODRIGUEZ	Bella vista sector B torre 7 302A	3183900870	eze_1994_521@hotmail.com				
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CUIDAD / MUNICIPIO				
UNICA	1-Independiente			SANTANDER	FLORIDABLANCA	NO			

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	UPC
					1	0
					TOTAL A PAGAR	
PERIODO SALUD	2025-12	2025-12	18/12/2025	92447904	\$289.400	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD									
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad	Días Mora	No. Afiliados
EPS010	EPS Sura	800088702-2	124.600	0	No. Autorización	Valor			
					0	0		0	1

TOTALES PENSIÓN									
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Substitencia	Días Mora	No. Afiliados
230301	Ponvejar	800224808-8	159.500	0	0	0	0	0	1

TOTALES RIESGOS LABORALES									
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros	Valor Neto	Días Mora	No. Afiliados
14-11	ARL SURA	890903780-5	5.300	No. Autorización	Valor	Sistemas	5.300	0	1
				0	0		5.300	0	

TOTALES CAJAS									
Código CCF	Nombre			NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
0	0	0	0	0
0	0	0	0	0
0	0	0	0	0
0	0	0	0	0
0	0	0	0	0

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de ICE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	124.600	124.600
Pensión	1	159.500	159.500
Riesgos Laborales	1	5.300	5.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	289.400	289.400

DATOS DEL APORTANTE							EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	
CC	1098755601	EZEQUIEL	JIMENEZ RODRIGUEZ	Bella vista sector B torre 7 302A	3183900870	eza_1994_521_@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN ÚNICA	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		NO
	1 - Independiente			SANTANDER	FLORIDABLANCA		

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD 2025-12	PERIODO PENSIONES 2025-12	I	18/12/2025	92447904	TOTAL A PAGAR \$289 400	

[illegible]

BANCO DAVIVIENDA S.A.

CERTIFICA:

Que EZEQUIEL JIMENEZ, quien se identifica con cédula de ciudadanía No 1098755601, posee en el Banco Davivienda el producto DaviPlata número 3156897667.

A solicitud del interesado, se expide en Bogotá D.C., a los 26 días de Diciembre del año 2025.

Atentamente,

Unidad de Servicio DaviPlata

BANCO DAVIVIENDA S.A.

TICKET: 27902811

CUENTA DE COBRO # 001

INSTITUTO MUNICIPAL DE CULTURA Y TURISMO BUCARAMANGA

DEBE A: EZEQUIEL JIMENEZ RODRIGUEZ

C 1.098.755.601

LA SUMA DE: DOS MILLONES DE PESOS (\$2.000.000) M/CTE

POR CONCEPTO DE:

Pago correspondiente al periodo del 03 de diciembre al 22 de diciembre de 2025 según contrato
0641-04 del 03 de diciembre de 2025

FAVOR DE POSITAR A LA CUENTA DE BAJO COSTO

DAVIPLATA # 3156897667

A NOMBRE DE:

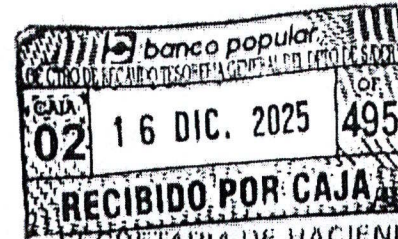
EZEQUIEL JIMENEZ RODRIGUEZ

ATTE:

EZEQUIEL JIMENEZ RODRIGUEZ

CC 1.098.755.601

DIAN		Formulario del Registro Único Tributario		001	
2. Concepto 02 Actualización				4. Número de formulario 141127484936	
5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 1098755601		6. DV 4		12. Dirección seccional Impuestos y Aduanas de Bucaramanga	
14. Buzón electrónico 4					
IDENTIFICACIÓN					
24. Tipo de contribuyente Persona natural o sucesión ilíquida		25. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía		26. Número de identificación 1098755601	
28. País COLOMBIA		29. Departamento Santander		30. Ciudad/Municipio Bucaramanga	
31. Primer apellido JIMENEZ		32. Segundo apellido RODRIGUEZ		33. Primer nombre EZEQUIEL	
34. Otros nombres					
35. Razón social					
36. Nombre comercial					
37. Sigla					
UBICACIÓN					
38. País COLOMBIA		39. Departamento Santander		40. Ciudad/Municipio Floridablanca	
41. Dirección principal URB BELLAVISTA TO 7 AP 302 A					
42. Correo electrónico pochorodriguez521@gmail.com					
43. Código postal 0		44. Teléfono 1 3156897667		45. Teléfono 2 3046463102	
CLASIFICACIÓN					
Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades	
46. Código 8130		47. Fecha inicio actividad 20240501		48. Código 7320	
49. Fecha inicio actividad 20200220		50. Código 93197310		51. Código	
52. Número establecimientos					
Responsabilidades, Calidades y Atributos					
53. Código 49					
49 - No responsable de IVA					
Usuarios aduaneros					
Exportadores					
54. Código					
55. Forma					
56. Tipo					
Servicio					
57. Modo					
58. CPC					
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 JIMENEZ RODRIGUEZ EZEQUIEL					
985. Cargo CONTRIBUYENTE					



SECRETARIA DE HACIENDA
DEPARTAMENTO DE SANTANDER
ESTAMPILLAS DEPARTAMENTALES
NIT 890 201 235-6

Recibo de recaudo No: 2502500846798

→ NOMBRE O RAZON SOCIAL
No. Documento: 1098755601
Nombre:
FZEQUIEL JIMENEZ RODRIGUEZ

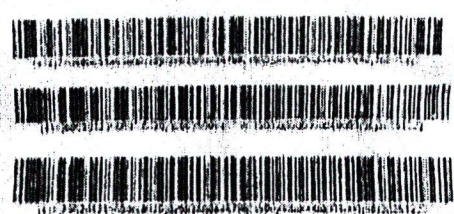
→ TRAMITE
CONTRATOS - ORDENES DE PRESTACION DE
SERVICIOS Y CONTRATOS DE ADICION
VALOR BASE 2.000.000
VALOR TOTAL CONTRATO 2.000.000
VALOR ORDEN DE PAGO 2.000.000
FECHA CONTRATO 02/12/2025
NRO. CONTRATO 061104
NUMERO ORDEN DE PAGO 01

→ ESTAMPILLA-TASA-IMPUESTO-CONTRIBUCION
PRO HOSPITAL \$40.000

TOTAL \$40.000
Ordinamen. 02/12/2025 \$4.000
Total a pagar \$44.000

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

→ Fecha expedición: 2025/12/16
Fecha límite de pago: 2025/12/22



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



SOPORTE TRAMITE



SECRETARIA DE HACIENDA
DEPARTAMENTO DE SANTANDER
ESTAMPILLAS DEPARTAMENTALES
NIT 890 201 235-6

Recibo de recaudo No: 2502500846798

→ NOMBRE O RAZON SOCIAL
No. Documento: 1098755601
Nombre:
FZEQUIEL JIMENEZ RODRIGUEZ

→ TRAMITE
CONTRATOS - ORDENES DE PRESTACION DE
SERVICIOS Y CONTRATOS DE ADICION
VALOR BASE 2.000.000
VALOR TOTAL CONTRATO 2.000.000
VALOR ORDEN DE PAGO 2.000.000
FECHA CONTRATO 02/12/2025
NRO. CONTRATO 061104
NUMERO ORDEN DE PAGO 01

→ ESTAMPILLA-TASA-IMPUESTO-CONTRIBUCION
PRO HOSPITAL \$40.000

TOTAL \$40.000
Ordinamen. 02/12/2025 \$4.000
Total a pagar \$44.000

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

→ Fecha expedición: 2025/12/16
Fecha límite de pago: 2025/12/22



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



SOPORTE TRAMITE

REC-07