VILLA DEL ROSARIO, 30 DE DICIEMBRE DE 2025

CUENTA DE COBRO N° 4 DE 2025

EL INSTITUTO MUNICIPAL DE RECREACION Y DEPORTES DE VILLA DEL ROSARIO NIT No. 807.001.990-9

DEBE A

**SANTIAGO DAVID GAMBOA PARRA**
C.C 1.127.048.066 de Villa del Rosario

LA SUMA DE CUATROCIENTOS CUARENTA MIL PESOS M/CTE. ($ 440.000) CORRESPONDIENTES AL CUARTO (4) PAGO EN LA RESPECTIVA **CUENTA DE AHORROS DEL BANCO BOGOTA N° 619206303** DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No. 086 DE FECHA 25 DE SEPTIEMBRE DE 2025, CUYO OBJETO ES PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO MONITOR DE ESCUELAS DE FORMACIÓN DEPORTIVA Y DE ACTIVIDAD FISICA DEL INSTITUTO MUNICIPAL PARA LA RECREACIÓN Y EL DEPORTE DE VILLA DEL ROSARIO.

Santiago G.

**SANTIAGO DAVID GAMBOA PARRA**
C.C 1.127.048.066 de Villa del Rosario

OK

ALCALDÍA DE
VILLA DEL
ROSARIO

Recibo Oficial de Impuestos Varios

MUNICIPIO VILLA DEL ROSARIO

890503373

| Fecha Emisión: | 29/12/2025 | Fecha Vencimiento: | 31/12/2025 | Fecha Impres: | 29/12/2025 | Recibo No. | IM00057104 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

**INFORMACION DEL CONTRIBUYENTE -**

Tipo Documento: CEDULA DE CIUDADANIA
Identificacion No.: 1127048066

Nombre: GAMBOA PARRA SANTIAGO DAVID
Dirección: CARRERA 7 No. 11-46 BARRIO LA PALMITA
Codigo: IM161
Cantidad: 1
Valor Base: 440000.0
Placa:

Concepto: ESTAMPILLAS EN CONTRATOS DE 0 HASTA 5 SMLV OPS EICVIRO - IMRD
Notas: CONTRATO IMRD 086-2025. REGISTRO PRESUPUESTAL 09 021 PRESTACION DE SERVICIOS COMO MONITOR DE ESCUELAS DE FORMACION DEPORTIVA. CUENTA 04/04 PERIODO A COBRAR 25 DE DICIEMBRE AL 30 DE DICIEMBRE 2025

| CONCEPTOS DETALLADOS | CANTIDAD | FACTOR | BASE | VALOR |
|---|---|---|---|---|
| ESTAMPILLAS PRO ANCIANOS PRO ADULTO MAYOR 4% | 1 | 0.04000000 | 440,000.00 | 17,600.00 |
| ESTAMPILLAS PRO CULTURA PRES. SERVICIOS | 1 | 0.00500000 | 440,000.00 | 2,200.00 |

PAGUE UNICAMENTE EN:
PAGUE EN: BANCOLOMBIA - BANCO DE BOGOTA

TOTAL A PAGAR: 19,800.00

Impreso por: MARIAMARINOP

CUPON DEL USUARIO

Banco de Bogota 619 Villa del Rosario
ORO61903 ****8970 Horario Normal
CC****9286 29/12/25 11:19 T 382
MUNICIPIO DE VILLA DEL R CEO 2049
FAUS 020100057104
Valor Efectivo:19,800.00
Vr.Cheq: 0.00 0
Valor ND:0.00
Valor Total:19,800.00
2121 21641RecaudoWebService1

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# COMPROBANTE DE PAGO

Bancoomeva

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CÉDULA DE CIUDADANÍA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 1127048066 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | SANTIAGO DAVID GAMBOA PARRA |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | VILLA DEL ROSARIO | DEPARTAMENTO: | NORTE DE SANTANDER |
| DIRECCIÓN: | CENTRO | TELÉFONO: | 9999999 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Comercio al por mayor de |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

| DATOS GENERALES DE LA PLANILLA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | **4636530898** | TIPO DE PLANILLA: | | I-INDEPENDIENTES | |
| PERIODO COTIZACIÓN | MES: diciembre | PERIODO COTIZACIÓN | | MES: | diciembre |
| OTROS SUBSISTEMAS: | AÑO: 2025 | SALUD: | | AÑO: | 2025 |
| DÍAS DE MORA: | 0 | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | 2025/12/29 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 9995272638 | |

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

| LIQUIDACIÓN GENERAL | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | | TOTALES | |
| | | | COTIZANTES | TOTAL PAGADO |
| **PENSIÓN** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 9003360047 | 25-14 | 25-14 COLPENSIONES | 1 | $ 227.800 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 227.800** |
| **SALUD** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 9001562642 | EPS041 | NUEVA EPS CM | 1 | $ 178.000 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 178.000** |
| **RIESGOS PROFESIONALES** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 8600111536 | 14-23 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 1 | $ 34.700 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 34.700** |

| | |
|---|---|
| **VALOR SIN MORA:** | **$ 440.500** |
| **VALOR MORA:** | **$ 0** |
| **TOTAL PAGADO:** | **$ 440.500** |

EFECTIVO LTDA.
NIT: 830.131.993-1

ORDEN DE SERVICIO

N. OS: 9622545118 DV: 440741
Cliente: 110263 PILA RECAUDO
Fecha: 29/12/2025 15:59:14
PAP: 992251
Identificacion: 1127048066
Nombre: SANTIAGO
Apellido 1: GAMBOA
Apellido 2: PARRA
Tipo Documento: CEDULA DE CIUDADANIA
TELEFONO: 3126564765
Codigo Planilla: 4636530898
Periodo Pago: 2025/12
Valor Comision: 0
Valor Iva Comision: 0
Referencia: 1127048066Valor: $440.500,00

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.
www.efecty.com.co

| | | |
|---|---|---|
| Imrd Villa del Rosario | **GESTIÓN JURIDICA Y CONTRATACIÓN** | **Código:** GJC-P1-F16 |
| | | **Versión:**01 |
| | | **Fecha:** 26/06/2025 |
| | **FORMATO ACTA DE PAGO** | **Página** 1 de 2 |

**PAGO N° 2 DE 4**

| **1. INFORMACIÓN DEL CONTRATO** | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha:** 30 de diciembre | **Periodo de Informe:** Del 25 de diciembre al 30 de diciembre de 2025 | **Numero de radicación:** 335 | |
| **N° de contrato:** | 086 de 2025 | **Tipo de contrato:** | Prestación de Servicios |
| **Contratista:** | Santiago David Gamboa Parra | Nit: 1.1127.048.066-5 | |
| **correo:** santiagodavidgamboa19@gmail.com | | Teléfono: 324 3660914 | |
| **Objeto:** prestación de servicios como monitor de escuelas de formación deportiva y de actividad física del Instituto Municipal para la Recreación y el Deporte De Villa Del Rosario. | | | |
| **Valor: siete millones cuarenta mil pesos** ($ 7.040.000,00) m/cte | | **Plazo del contrato:** noventa y seis (96) días | |
| **Forma de pago: TRES PAGOS MENSUALES POR DOS MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS M. C/te (2.200.000) cada uno y un pago por cuatrocientos cuarenta mil pesos M. Cte. ($ 440.00)** | | | |
| **Número y tipo de cuenta:** ahorros – 619206303 | | **Entidad Bancaria: Banco de Bogotá** | |
| **Certificado de disponibilidad Presupuesta** 09 016 del 24 de septiembre del 2025. | | **Registro Presupuestal**: 09 021 del 25 de septiembre del 2025. | |
| **Póliza N°. N/A** | | Rubro Presupuestal: 2.3.2.02.02.009.15 | |
| Fecha de Inicio: 25 de septiembre de 2025 | | Fecha Final: 30 de diciembre de 2025 | |
| **Adicional o modificatorios** | | | |
| **N° de adicionales o modificatorios** | | | |
| **Certificado de disponibilidad Presupuesta:** | | **Registro presupuestal del modificatorio o adicional:** | |
| **Valor del modificatorio o adicional:** | | **Tiempo del modificatorio o adicional:** | |
| **Fecha de suspensión:** | **Fecha de reinicio:** | **Fecha de terminación:** | |
| **Valor total de contrato + modificatorio:** | | | |

| **2. DATOS DEL SUPERVISOR** | |
|---|---|
| **Nombre del supervisor:** ROBERT DAVID CUADROS CELIS | |
| **Cargo:** Subdirector Deportivo | **Correo:** subdirecciondeportiva@imrd-villadelrosario.gov.co |

**3. RELACIÓN PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL**

| Item | Entidad | Período de pago año – mes | Fecha de pago año – mes – día | Operador | Número de planilla | Valor pagado |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Colpensiones | 12-2025 | 2025-12-29 | SOI | 4636530898 | $227.800 |
| **Salud** | Nueva EPS | | | | | $178.000 |
| **Arl** | Positiva | | | | | $34.700 |
| | | | | | **Valor total del aporte** | **$440.500** |

| **ANEXOS** (*Marque con x*) | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Informe de cumplimiento** | x | **Recibo de pago de seguridad social** | x | | |

| 4. PAGO ESTAMPILLA | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **ENTIDAD** | **Periodo de pago MM-DD** | **Fecha de pago AAAA-MM-DD** | **N° de Estampilla** | **Valor** |
| Alcaldía V/R | 25-12 al 30-12 | 2025-12-29 | IM00057104 | $19.800 |

| 5. BALANCE DE PAGOS | |
|---|---|
| **Valor contrato** | $ 7.040.000 |
| **Valor modificatorio** | 0 |
| **Valor cobrado en el presente informe** | $440.000 |
| **Valor total ejecutado** | $6.600.000 |
| **Saldo (valor pendiente para pago)** | **0** |

## 6. CERTIFICACIÓN CONTRATISTA

Yo, **SANTIAGO DAVID GAMBOA PARRA** de Cedula de ciudadanía 1.127.048.066 en mi calidad de contratista certifico que:

1. Que, el aporte a la seguridad social en Salud, Pensión y Riesgos Profesionales, que presento según planillas No. **4636530898 del 2025-12-29**, corresponden al Contrato de Prestación de Servicios No. 086 de 2025, que suscribí con el IMRD Villa del Rosario.
2. Que el pago a la Seguridad social descrito en el numeral 2, **NO SERA UTILIZADO** para acreditar esta obligación en ningún otro contrato.
3. Que, de acuerdo con lo dispuesto en el Artículo 4 del Decreto 2271 del 18 de junio de 2009, esta manifestación se entiende efectuada bajo gravedad de juramento

Santiago G.

**SANTIAGO DAVID GAMBOA PARRA**
CONTRATISTA

## 7. CERTIFICACIÓN SUPERVISOR

Dando cumplimiento a lo establecido en el Artículo 82 y 83, de la Ley 1474 de 2011 "Estatuto Anticorrupción", Yo, **ROBERT DAVID CUADROS CELIS,** identificado con la cedula de ciudadanía 1.092.362.860 en mi condición de **supervisor (a)** del contrato prestación de servicios aquí relacionado CERTIFICO QUE, el Contratista Cumplió con el objeto y actividades contractuales durante el período comprendido del 25 de NOVIEMBRE de 2025 hasta el día 24 de DICIEMBRE del 2025. Que, de acuerdo con lo anterior, el valor a reconocer y pagar es la suma de CUATROCIENTOS CUARENTA Mil pesos M/CTE ($440.000) correspondiente al pago No. 04 de 04 estimados en el contrato.

Para constancia se firma, en el municipio de Villa del Rosario a los treinta (30) días del mes de diciembre de dos mil veinticinco (2025)

Robert Cuadros

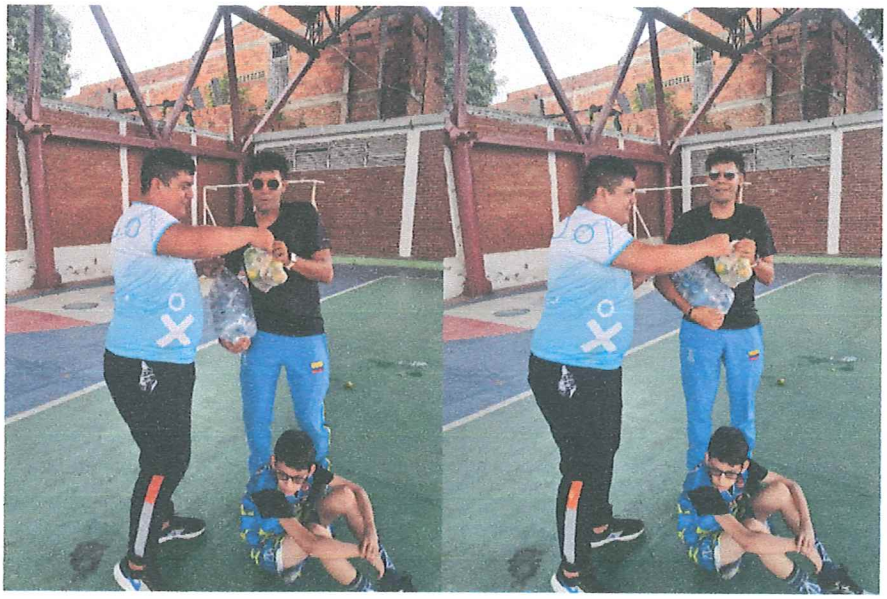
**ROBERT DAVID CUADROS CELIS**
**SUPERVISOR**

| | | |
|---|---|---|
| Imrd Villa del Rosario | **GESTIÓN JURIDICA Y CONTRATACIÓN** | **Código:** GJC-P1-F17 |
| | **SUBPROCESO CONTRATACIÓN** | **Versión:**01 |
| | | **Fecha:** 26/06/2025 |
| | FORMATO INFORME DE CUMPLIMIENTO | **Página** 1 de 2 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Fecha de elaboración:** 30 DE DICIEMBRE 2025 | | | | | |
| **Nombre del contratista** | Santiago David Gamboa Parra | | **Periodo de ejecución** | 25 de diciembre de 2025 al 29 de diciembre del 2025. | |
| **Nit o CC del contratista** | 1.127.048.066 | **Número de contrato** | 086 | **Informe N°** | 04 DE 04 |
| **Objeto del contrato** | Prestación de servicios como monitor de escuelas de formación deportiva y recreativa en el Instituto Municipal para la recreación y el deporte de Villa del Rosario | | | | |

| **Actividades u obligaciones del contrato** | **Actividades realizadas contratista (se indica detalladamente todas las acciones realizadas en la actividad específica del contrato)** |
|---|---|
| 1. Elaborar el cronograma de actividades de la disciplina a cargo en su respectivo ciclo | 1. Realice cronograma de actividades para las Escuelas de Formación del Municipio del IMRD. |
| 2. Elaborar y desarrollar el plan de trabajo para las respectivas sesiones de entrenamiento. | 2. Desarrollo del plan de trabajo para las sesiones de entrenamiento. |
| 3. Promover y ejecutar el proceso de iniciación y formación deportiva en las diferentes disciplinas del programa ofertadas por el IMRD. | 3. viernes 26 de diciembre actividades con las escuelas de formación con la comunidad del Barrio Bellavista donde se evalúo el progreso, el desarrollo de habilidades con elementos deportivos en donde se trabajó ejercicios funcionales de acuerdo a la capacidad y habilidad de cada niño.<br>3.1. lunes 29 de diciembre actividades con las escuelas de formación con la comunidad del Barrio Fátima donde se evalúo el progreso, el desarrollo de habilidades con elementos deportivos en donde se trabajó ejercicios funcionales de acuerdo a la capacidad y habilidad de cada niño. |

3 viernes 26 de diciembre actividades con las escuelas de formación con la comunidad del Barrio Bellavista



3.1 lunes 29 de diciembre actividades con las escuelas de formación con la comunidad del Barrio Fátima



Santiago G.

Firma
David Santiago Gamboa Parra
CC: 1.127.048.066
**Contratista**

Robert Cuadros

Firma
Robert Cuadros Celis
C.C 1.092.362.860
**Supervisor**

Progresando en Salud I.P.S.
SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

# CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL

LICENCIA S.O. No. 002704

## EVALUACIÓN MÉDICA DE EGRESO

ENFASIS OSTEOMUSCULAR

**FECHA 30/12/2025 HORA 10:22:10** — **VILLA DEL ROSARIO - NORTE DE SANTANDER**



**EMPRESA** 0000 PARTICULAR

**NOMBRE** SANTIAGO DAVID GAMBOA PARRA

CC : 1127048066 **DE** VILLA DEL ROSARIO

**CARGO** CONTRATISTA

**DIRECCION** CARRERA 7 # 11-46 BARRIO LA PALMITA

**TELEFONO** 3243660914 **EDAD** 22 **GENERO** M **RH** O+

**A.F.P.** OTRO **A.R.L.** OTRO **E.P.S.** NUEVA EPS

EXAMENES MEDICOS : EXAMEN PSICOFÍSICO COMPLETO, TAMIZAJE VISUAL, SISTEMA CARDIOPULMONAR, PRUEBAS DE COORDINACIÓN, EXPLORACIÓN DIRIGIDA POR MANIOBRAS INDIVIDUALES DE CADA EXTREMIDAD Y DE CADA MÚSCULO (CUELLO, HOMBROS, MUÑECA, MANOS, TRONCO, CADERA, RODILLA, TOBILLO, PIES) PRUEBA PARA TÚNEL DEL CARPO, PRUEBA PARA TENDINITIS, TENOSINOVITIS Y TRASTORNOS DE HOMBRO, PRUEBAS DINÁMICAS DE COLUMNA, EXPLORACIÓN DE ARCOS DE MOVILIDAD, REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS, EXPLORACIÓN DE ALTERACIONES DE PIEL Y VARICES, EXPLORACIÓN DE HERNIAS.

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **AUDIOMETRIA** | NO | **EXAMEN DE VOZ** | NO | **OPTOMETRIA** | NO | **VISIOMETRIA** | NO | **ESPIROMETRIA** | NO | **EKG** | NO |
| **PSICOLOGIA** | NO | **RX TORAX** | NO | **RX COLUMNA** | NO | **PSICOSENSOMETRICA** | NO | **COORDINA. MOTRIZ** | NO | | |

LABORATORIO :

OTROS EXAMENES :

CONCEPTO DE APTITUD : - SATISFACTORIO PARA EL EGRESO

RECOMENDACIONES : NO SE DETECTA ENFERMEDAD LABORAL AL MOMENTO DE LA VALORACION SATISFACTORIO PARA EL EGRESO

**INGRESA AL SVE** N/A

**ENFASIS** OSTEOMUSCULAR

Certifico que toda la información suministrada en este documento es veraz y que no he ocultado antecedentes de salud, enfermedad laboral y/o accidente de trabajo ocurridos antes de la realización de este examen médico ocupacional.
Se hace entrega al trabajador de la información correspondiente a los resultados, pruebas y valoraciones complementarias del presente examen(de preingreso, periódico y/o de egreso), en cumplimiento de la Resolución 1843 de 2025, con el único propósito de promover su salud y fortalecer los mecanismos de prevención y control de alteraciones relacionadas con su actividad laboral, conforme a la normatividad vigente en Seguridad y Salud en el Trabajo.

Progresando en Salud I.P.S. SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

FIRMA AUTORIZADA

**EMILIO CONTRERAS HENAO**
**C.C. 1127338536**
**MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL**
**REG. MÉDICO 22684 - LICENCIA S.O.2391/2024**

Santiago G.

SANTIAGO DAVID GAMBOA PARRA
CC : 1127048066