



### ACTA DE PAGO 3



#### Contrato de Prestación de servicios de apoyo a la gestión No. 124 DE 2026

<b>Fecha de Suscripción</b>	26 de enero de 2026				
<b>Objeto Contratado</b>	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN EN LA MADURACION, CONTRATACION Y SEGUIMIENTO DE CONTRATOS (SEGURIDAD SOCIAL) EN LA SECRETARIA DE OBRAS E INFRAESTRUCTURA DEL MUNICIPIO DE CIMITARRA SANTANDER				
<b>Contratante</b>	MUNICIPIO DE CIMITARRA NIT 890.208.363-2				
<b>Contratista</b>	SULANYI BENAVIDES GALEANO CC 1098636494 de Bucaramanga Santander				
<b>Supervisor</b>	JOHN EDINSON PACHECO FORERO CC. 91.134.415 DE CIMITARRA				
<b>Oficina Gestora</b>	SECRETARÍA DE OBRAS E INFRAESTRUCTURA				
<b>Valor del Contrato</b>	SIETE MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS (\$7.500.000,00)				
<b>Valor de adicon</b>	TRES MILLONES SETECIENTOS CINCUENTA MIL PESOS M/CTE (\$3.750.000,00)				
<b>Valor total</b>	ONCE MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS M/CTE \$11.250.000				
<b>No. CDP y Fecha</b>	26000157 15 DE ENERO DE 2026				
<b>No. CDP y Fecha adicon</b>	26000495 09 abril de 2026				
<b>No. RP y Fecha</b>	26000133 26 DE ENERO DE 2026				
<b>No. RP y Fecha adicon</b>	26001203 27 de abril de 2026				
<b>Plazo del contrato</b>	TRES (03) MESES				
<b>Plazo en adición</b>	UN (01) MES Y QUINCE (15) DIAS				
<b>Plazo total</b>	CUATRO (4) MESES Y QUINCE (15) DIAS				
<b>Fecha de Inicio</b>	28 ENERO DE 2026				
<b>Fecha de Terminación</b>	12 JUNIO DE 2026				
<b>Periodo Cotización</b>	ABRIL 2026				
<b>I.B.C.</b>	ANEXO PLANILLAS				
<b>No Planilla</b>	36780611 ABRIL	<b>Fecha de pago</b>		<b>Valor pagado</b>	
	SALUD (NUEVA EPS)		04/05/2026		\$ 218.900
	PENSION (PORVENIR)		04/05/2026		\$ 280.200



### ACTA DE PAGO 3



RIESGOS LABORALES (POSITIVA)

04/05/2026

\$ 42.700

#### ESTAMPILLA DEPARTAMENTAL

No de Estampilla

Fecha de pago

Valor pagado

2502600301594

05/05/2026

\$100.000

#### DESARROLLO PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Valor del Contrato

\$7.500.000

Valor de adición

\$3.750.000

Primer desembolso del (28/01/2026- 27/02/2026) pago

\$ 2.500.000

segundo desembolso del (28/02/2026- 27/03/2026) pago

\$ 2.500.000

Tercer desembolso del (28/03/2026- 27/04/2026) A PAGAR

\$ 2.500.000

Saldo por ejecutar

\$3.750.000

Sumas Iguales

\$11 .250.000

\$11 .250.000

Al contratista NO se le entregó un anticipo

Valor acta	\$ 2.500.000
Amortización del Anticipo	\$0,00
<b>Valor a pagar</b>	<b>\$ 2.500.000</b>

Con la presente Acta se certifica que el contratista dio cumplimiento con el objeto y obligaciones contractuales en el periodo comprendido entre el 28 DE MARZO DE 2026 AL 27 DE ABRIL DEL 2026, según el informe de actividades presentado, además de la revisión de los pagos de aportes a Seguridad Social y Estampillas Departamentales, en los cuales no presentó ninguna inconsistencia.

Por tanto, se autoriza el pago por valor de DOS MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS (\$ 2.500.000) correspondientes al AVANCE 3 de actividades ejecutadas durante el período 28 DE MARZO DE 2026 AL 27 DE ABRIL DEL 2026

Para constancia de lo anterior, se firma la presente Acta bajo la responsabilidad expresa de los que en ella intervinieron, de conformidad con las funciones desempeñadas por cada uno de los mismos.

En constancia se firma en Cimitarra el 05 DE MAYO DEL 2026

**Supervisor**

**Contratista**

**JOHN EDINSON PACHECO FORERO**  
Secretario de Obras Públicas e Infraestructura.  
Supervisor Contrato

**SULANYI BENAVIDES GALEANO**  
C.C. 1.098.636.494 de Bucaramanga  
Contratista



**Banco Agrario de Colombia**  
NIT. 800.037.800-8

5/5/2026 14:14:49 Cajero: ypardoy

Oficina: 6026-CIMITARRA

Terminal: 10.0.5.1 Operación: 657161689

Transacción: RECAUDO DE CONVENIOS

Valor:	\$100,000.00
Costo de la transacción:	\$0.00
Iva del costo:	\$0.00
GNF del costo:	\$0.00

Medio de Pago: EFECTIVO

Convenio: 21240 TGD ESTAMPILLAS

DEPARTAMENTALES - RCB


Ref 1: 02502600301594

Antes de retirarse de la ventanilla por favor verifique que la transacción solicitada se registró correctamente en el comprobante. Si no está de acuerdo infórmele al cajero para que la corrija. Cualquier inquietud comuníquese en Bogotá al 5948500 resto de

# Recaudo de Estampillas

Gobernación de Santander  
Secretaría de Hacienda

Recibo N°  
2502600301594

Contribuyente	<b>Trámite:</b> CONTRATOS - ORDENES DE PRESTACION DE SERVICIOS Y CONTRATOS DE ADICION		<b>Contribuyente:</b> Tipo de Doc. C.C. Número 1098636494	
	PRO HOSPITAL \$50.000	PRO UIS \$50.000	Nombre SULANYI BENAVIDES GALEANO	Teléfono
			Dirección	Departamento SANTANDER
			Municipio	
 (415)7709998038639(8020)02502600301594(3900)00000000100000(96)20260511				
			VALOR BASE 2.500.000 VALOR TOTAL CONTRATO 7.500.000 VALOR ORDEN DE PAGO 2.500.000 FECHA CONTRATO 26/01/2026 NRO. CONTRATO 124 NUMERO ORDEN DE PAGO 3	
<b>Total a Pagar \$100.000</b>				
<b>Fecha de Expedición</b> 2026/05/04		<b>Fecha Limite de Pago</b> 2026/05/11		
Con destino a: Alcaldía de Cimitarra - CIMITARRA				

Trámite	 Gobernación de Santander Secretaría de Hacienda		Recaudo de Estampillas Recibo N° 2502600301594		PRO HOSPITAL \$50.000 PRO UIS \$50.000
	<b>Trámite:</b> CONTRATOS - ORDENES DE PRESTACION DE SERVICIOS Y CONTRATOS DE ADICION		VALOR BASE 2.500.000 VALOR TOTAL CONTRATO 7.500.000 VALOR ORDEN DE PAGO 2.500.000 FECHA CONTRATO 26/01/2026 NRO. CONTRATO 124 NUMERO ORDEN DE PAGO 3		
Con destino a: Alcaldía de Cimitarra - CIMITARRA		Tipo de Doc. C.C. Número: 1098636494 Nombre: SULANYI BENAVIDES GALEANO Dirección: Teléfono:			
<b>Total a Pagar \$100.000</b>					



**¡ LE INVITAMOS A REGISTRARSE !**  
**RUCD - REGISTRO ÚNICO DE CONTRIBUYENTES DEPARTAMENTAL**  
 Gestione fácilmente sus obligaciones y participe en la construcción del Departamento que todos queremos.



RAZÓN SOCIAL :	SULANYI BENAVIDES GALEANO
IDENTIFICACIÓN:	CC-1098636494
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	02
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	CIMITARRA
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2026-05-04
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2026-05-26
FECHA DE PAGO:	2026-05-04
ENTIDAD DE PAGO:	BANCOLOMBIA
PERÍODO PENSIÓN:	2026-04
PERÍODO SALUD:	2026-04
NÚMERO PLANILLA:	36780611
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	36780611
TIPO DE PLANILLA:	1

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EP9037	900156264	NUEVA E.P.S. S.A.	1	\$ 1.750.905	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 218.900	\$ 218.900
230301	800224808	PORVENIR	1	\$ 1.750.905	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 280.200	\$ 280.200
14-23	880011153	POSITIVA	1	\$ 1.750.905	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 42.700	\$ 42.700
Total a pagar					\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 541.800	\$ 541.800

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	24/06/2026
----------------------------------	------------

COPIA



ALCALDÍA DE  
**CIMITARRA**

DOCUMENTO SOPORTE A NO OBLIGADOS (EQUIVALENTE)

FECHA		
DD	MM	AAA
5	05	2026

CONSECUTIVO

NOMBRE RAZON SOCIAL O CONTRATISTA	
SULANYI BENAVIDES GALEANO	
NIT/ CC:	1.098.636.494
CONTRATO N°:	124 DE 2026
DIRECCION:	CALLE 7A 11-35
TELEFONO:	31148901443

CONCEPTO
ACTA DE PAGO 3 AL CONTRATO No. 124 DEL 2026 (PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN EN LA MADURACION, CONTRATACION Y SEGUIMIENTO DE CONTRATOS (SEGURIDAD SOCIAL) EN LA SECRETARIA DE OBRAS E INFRAESTRUCTURA DEL MUNICIPIO DE CIMITARRA SANTANDER )

VALOR A PAGAR
\$ 2.500.000,00

VALOR EN LETRAS
DOS MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS

FIRMA DEL CONTRATISTA



**INFORME DE CUMPLIMIENTO A OBLIGACIONES CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS  
DE APOYO A LA GESTION No. 124 DE 2026**

Supervisor (a)  
**JOHN EDINSON PACHECO FORERO**  
Supervisor

Con toda atención me permito presentar informe de actividades correspondiente al periodo comprendido entre el 28 DE MARZO DE 2026 AL 27 DE ABRIL DEL 2026, en los siguientes términos:

CONTRATISTA	SULANYI BENAVIDES GALEANO
DEPENDENCIA	SECRETARIA DE OBRAS E INFRAESTRUCTURA
FECHA DE PRESENTACIÓN	05 DE MAYO DEL 2026
NÚMERO DE INFORME	3

**GRADO DE CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES ESPECÍFICAS:**

NÚMERO DE OBLIGACIÓN	OBLIGACIÓN	ACTIVIDAD REALIZADA	CANTIDAD	EVIDENCIA
1	Realizar el seguimiento permanente al cumplimiento del pago de los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral (salud, pension, riesgos laborales y parafiscales) por parte de los contratistas de prestación de servicios vinculados a la Secretaría de Obras e Infraestructura, verificando que se encuentren al día conforme a las normas vigentes.	VERIFIQUE LA SEGURIDAD SOCIAL DEL MES DE ABRIL DE LOS SIGUIENTES CONTRATOS: 30,32,59,65,102,124.  VERIFIQUE LA AUTENTICIDAD DE LOS PAGOS DE ESTAMPILLAS DEL MES DE ABRIL DE LOS CONTRATOS: 30,32,59,65,102,124.	23	



2	<p>Realizar el seguimiento permanente al cumplimiento del pago de los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral (salud, pensión, riesgos laborales y parafiscales) por parte de los contratistas de obra y/o consultoría, suministro y demás vinculados a la Secretaría de Obras e Infraestructura, verificando que se encuentren al día conforme a las normas vigentes.</p>	<p>VERIFIQUE LA AUTENTICIDAD DE LOS PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL DE CADA UNO DE LOS CONTRATISTAS DEL MES DE ABRIL VERIFICANDO EN QUÉ ESTADO SE ENCUENTRAN EN LA ARL Y EN SU EPS QUE PERTENECE CADA UNO DE ELLOS COMO SON: YESER OBREGÓN CONTRATO 32, LEONARDO DOMINGEZ CONTRATO 65, EDWIN ISAZA CONTRATO 59, HENRY BARRERA CONTRATO 101, HIDALITH ARIZA CONTRATO 30.</p>	6	
3	<p>Participar en visitas a las obras en ejecución o actividades operativas de la Secretaría para verificar las condiciones de cumplimiento en materia de seguridad social y afiliaciones del personal que desarrolla actividades en terreno.</p>	<p>REALICE LA VISITA AL PERSONAL DE NÓMINA Y DE CPS CONTRATADAS POR EL MUNICIPIO PERTENECIENDO A LA OFICINA GESTORA DE OBRAS E INFRAESTRUCTURA LUNES, MIÉRCOLES Y VIERNES DE CADA SEMANA DURANTE EL MES DE MARZO Y ABRIL 2026 VERIFICANDO NOVEDADES EN LOS PUNTOS DE TRABAJO PARA PASAR LOS DEBIDOS REPORTES A LA SUPERVISORA DEL CONTRATO Y NO TENER PERCANCES EN EL PERIODO EJECUTADO.</p>	25	
4	<p>Informar de manera inmediata al supervisor y a la Secretaría de Obras e Infraestructura cualquier accidente, incidente o situación que se presente en el ejercicio de las labores del personal vinculado o contratado, tanto en oficina como en campo.</p>	<p>PRESENTE INFORME AL SUPERVISOR DEL CONTRATO LAS NOVEDADES QUE SUCEDIERON CON EL PERSONAL DE NOMINA Y CPS DE LA OFICINA DE OBRAS E INFRAESTRUCTURA DEL MES DE ABRIL.</p>		



5	Elaborar y presentar los informes pertinentes a la Administradora de Riesgos Laborales (ARL) frente a cualquier incidente o accidente laboral ocurrido en el ámbito de competencia de la Secretaría de Obras, previo reporte al supervisor del contrato.			
6	Presentar informes mensuales y/o especiales que consoliden el seguimiento realizado al cumplimiento de las obligaciones en materia de seguridad social de contratistas, personal de nómina y personal de obra, incluyendo recomendaciones y observaciones técnicas.			
7	Apoyar los procesos de revisión documental, archivo, seguimiento y control relacionados con la verificación de pagos y aportes de seguridad social, en coordinación con la super - visión del contrato y las demás dependencias municipales competentes.	<b>REALICE EL PROCESO DE REVISIÓN DE LAS SEGURIDADES SOCIALES Y PARAFISCALES DE LOS CONTRATOS DE SUMINISTRO DE LA OFICINA DE OBRAS CONTRATO 191-2026 CONTRATO 196-2026 Y CONVENIOS SOLIDARIOS CON LA VEREDA PLATANILLO SAN PEDRO DE LA PAZ Y MIRAVALLES.</b>		
8	Manejar con absoluta reserva y confidencialidad toda la información a la que tenga acceso en desarrollo de sus funciones, en especial aquella relacionada con datos personales, nómina y seguridad social.			



9	Asistir a reuniones, mesas de trabajo virtuales o presenciales y acompañamientos presenciales a las áreas, programadas por la supervisión del contrato.			
10	Cumplir con eficiencia, oportunidad y calidad con las demás obligaciones que tengan relación con el objeto del contrato.			
11	Las demás asignadas por el supervisor que guarden relación con su objeto contractual.			

**ANEXOS REGISTROS FOTOGRAFICOS**

CC 1098673056 0  
EVER ANDRES MARIN TABORDA  
Usuario: BE1A11DEB1\_AGE  
Señor usuario: Su último ingreso al sistema fue el día: 2025-12-04 17:12:11

Ver Año: 2025

Mostrando 10 entradas

PLANILLA	TIPO	PERIODO	COTIZANTES	TOTAL	FECHA LIMITE	ESTADO	ACCIONES
3490764	1	2025-09	1	\$628.000	2025-10-07	Paga	
3544996	1	2025-11	1	\$627.000	2025-12-12	Paga	
3650899	1	2025-12	1	\$520.800	2026-01-16	Generada	
863720702	1	2025-07	1	\$127.000	2025-09-01	Paga	
863720710	1	2025-08	1	\$627.000	2025-09-11	Paga	
863719679	1	2025-10	1	\$627.000	2025-11-11	Paga	
8635214944	1	2025-12	1	\$520.800	2026-01-16	Paga	

Mostrando 1 a 1



# ALCALDÍA DE CIMITARRA

Intersi - Declaración y Pago de Cotizantes

enlace-apb.com/intersi/indexFramesSoporte.jsp

CC 91135005 0  
 JOSE RUBEN MOLINA JIMENEZ  
 Usuario: BE21ATDES\_AGR  
 Señor usuario: Su último ingreso al sistema fue el día: 2025-12-04 17:13:21

En convenio con **JAIME TORRES**

Ver Año: 2025

Mostrando 10 entradas

PLANILLA	TIPO	PERIODO	COTIZANTES	TOTAL	FECHA LIMITE	ESTADO	ACCIONES
344289042	I	2025-07	1	\$82.400	2025-08-25	Paga	
35404071	I	2025-11	1	\$405.800	2025-12-02	Paga	
863762823	I	2025-08	1	\$405.800	2025-09-02	Paga	
863805815	I	2025-09	1	\$405.800	2025-10-02	Paga	
8638075410	I	2025-10	1	\$405.800	2025-11-05	Paga	
8638185629	I	2025-12	1	\$405.800	2025-01-05	Paga	

Mostrando 1 a 1

Se acercan días lluviosos

6:03 p.m. 4/12/2025

resumenPlanilla63908566.pdf

ASOPAGOS S.A.

RAZON SOCIAL: JOSE NELSON SUAREZ MUÑOZ  
 IDENTIFICACION: CC 91135005  
 COD. DEPENDENCIA O SUJURSA: 3  
 NOM. DEPENDENCIA O SUJURSA:  
 FECHA GENERACION REPORTE: 2025-12-04  
 FECHA LIMITE DE PAGO: 2025-11-16  
 FECHA DE PAGO: 2025-11-25  
 ENTIDAD DE PAGO: BANCO DE OCCIDENTE  
 PERIODO PENSION: 2025-12  
 PERIODO SALUD: 2025-12  
 NUMERO PLANILLA: 8638075410  
 TOTAL COTIZANTES: 1  
 REFERENCIA DE PAGO (IPAV): 8638075410  
 TIPO DE PLANILLA: 1

ENTIDAD	BIT	NOMBRE	NUMERO APLAZADO	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
0322	8638075410	CPAV COLOMBIA	1	8139.00	0	0	0	8139.00	8139.00
0323	8638075410	SEPA-DNA	1	8139.00	0	0	0	8139.00	8139.00
142	8638075410	POSTIVA	1	8139.00	0	0	0	8139.00	8139.00
TOTAL a pagar				0	0	0	0	24417.00	24417.00

enlace-apb.com/intersi/indexFramesSoporte.jsp

ASOPAGOS

DETALLE PLANILLA: 8638075410

Detalle de Cotizantes:

ENTIDAD	BIT	NOMBRE	NUMERO APLAZADO	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
0322	8638075410	CPAV COLOMBIA	1	8139.00	0	0	0	8139.00	8139.00
0323	8638075410	SEPA-DNA	1	8139.00	0	0	0	8139.00	8139.00
142	8638075410	POSTIVA	1	8139.00	0	0	0	8139.00	8139.00
TOTAL a pagar				0	0	0	0	24417.00	24417.00

Impresión | Descarga Resumen

CONTRATISTA

*Sulanyi B*

SULANYI BENAVIDES GALEANO  
 CC 1098636494  
 CPS N° 124 DE 2026

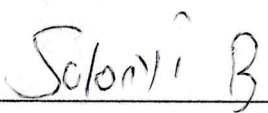
Cimitarra, 05-05-2026 ✓

Señores  
**MUNICIPIO DE CIMITARRA**  
Cimitarra – Santander

Yo, SULANYI BENAVIDES GALEANO identificado con la Cédula de ciudadanía N° 1098636494 expedida en BUCARAMANGA, Certifico bajo la gravedad de juramento lo siguiente:

CUMPLIMIENTO DECRETO 2277 - 2022 POR PARTE DEL CONTRATISTA					
<b>PARA LOS EFECTOS LEGALES EL CONTRATISTA CERTIFICA, QUE SUMINISTRÓ LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:</b>					
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 Cimitarra, con la cual tiene suscrito el contrato mencionado.					
<b>1. Manifiesta que es régimen especial o régimen simple de tributación</b>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>	
<b>2. Manifiesta que es del régimen no responsable de IVA (antiguo régimen simplificado).</b>	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	
<b>3. Manifiesta que es del régimen Ordinario</b>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>	
<b>4. Manifiesta que es del régimen responsable de IVA (antiguo régimen común)</b>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>	
<b>EXCLUSIVO PARA DISMINUIR BASE DE RETENCIÓN</b>					
<b>5. Que siguen vigentes, las condiciones para aplicar las deducciones presentadas para depuración de la base de retención en la fuente por concepto de:</b>					
a. Intereses de crédito de vivienda	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>	Valor Anual: \$ _____
b. Plan de Medicina Prepagada o Seguro de Salud	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>	Valor Anual: \$ _____
c. Dependientes	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>	Valor Mensual: \$ _____

Cordialmente,



**FIRMA**  
SULANYI BENAVIDES GALEANO  
CC 1098636494