TIPO DE INFORME				**No. DE CONTRATO**	**PERIODO DEL INFORME**	
					DESDE	**HASTA**
PARCIAL	X	**FINAL**		239-2026	01/04/2026	30/04/2026
CONTRATANTE				MUNICIPIO DE BUGALAGRANDE		
CONTRATISTA				LUIS GABRIEL SOTO		
No. DE IDENTIFICACION				74.861.834	**EXPEDIDA EN**	YOPAL
SUPERVISOR O INTERVENTOR				JOSE ANTONIO ACOSTA LUGO		
CARGO				SECRETARIO DE GOBIERNO	**DEPENDENCIA**	SECRETARÍA DE GOBIERNO
CDP No.				N° 259 del 19 de enero de 2026	**CRP No.**	N° 423 de febrero 27 de 2026
RUBRO PRESUPUESTAL No.				2.3.2.02.02.008.1206007.83990.16.01.56.0 - 2.3.2.02.02.008.1206007.88167.16.01.2.0	**VALOR TOTAL DEL CONTRATO**	$ 49.004.850
FORMA DE PAGO				ACTAS PARCIALES	**PAGO No.**	02
VALOR A PAGAR				$ 12.620.070		
VALOR POR EJECUTAR				$ 21.940.905		

PAGO SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES			
EPS	SURA	**VALOR PAGADO**	$ 500.000
ARL	SURA	**VALOR PAGADO**	$ 20.900
AFP	COLPENSIONES	**VALOR PAGADO**	$ 640.000
CCF	-	**VALOR PAGADO**	$ 0
I.C.B.F	-	**VALOR PAGADO**	$ 0
SENA	-	**VALOR PAGADO**	$ 0
No. DE PLANILLA	1080782025 -ABRIL	**VALOR TOTAL PLANILLA**	$ 1.160.900

OBJETO DEL CONTRATO
SUMINISTRO DE ALIMENTACIÓN PARA PERSONAS PRIVADAS DE LA LIBERTAD EN EL MUNICIPIO DE BUGALAGRANDE, VALLE DEL CAUCA.
OBSERVACIONES SOBRE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES
NINGUNA.

Este documento es propiedad de la Alcaldía Municipal de Bugalagrande. Prohibida su alteración o modificación por cualquier medio, sin previa autorización del SGC.

DESCRIPCION DE ACTIVIDADES REALIZADAS	
DURANTE EL PERIODO DEL 01 AL 30 DE ABRIL SE REALIZA LA ENTREGA LA ALIMENTACION PARA LAS PERSONAS PRIVADAS DE LA LIBERTAD EN LAS INSTALACIONES DE LA POLCIA NACIONAL DE BUGALAGRANDE VALLE COMO SE DESCRIBE A CONTINUACION:	
ACTIVIDADES ESPECIFICAS	**EJECUCIÓN**
DESAYUNOS.	198
ALMUERZOS	198
COMIDAS	196

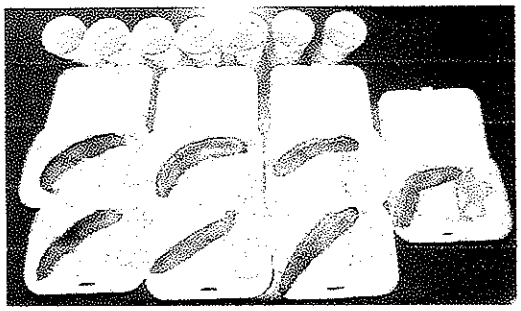
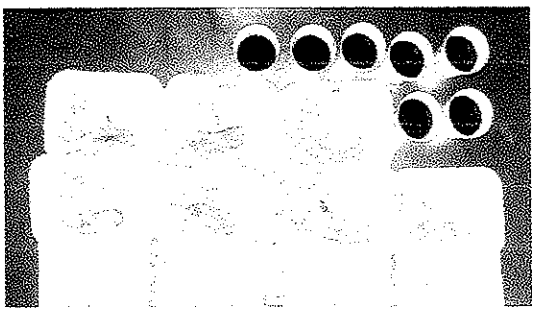
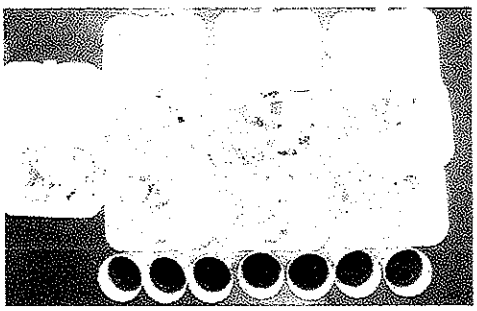
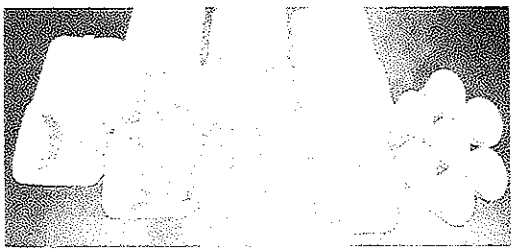
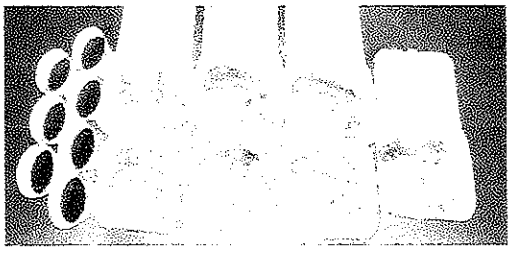
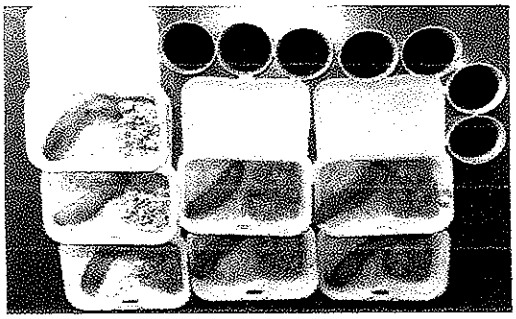
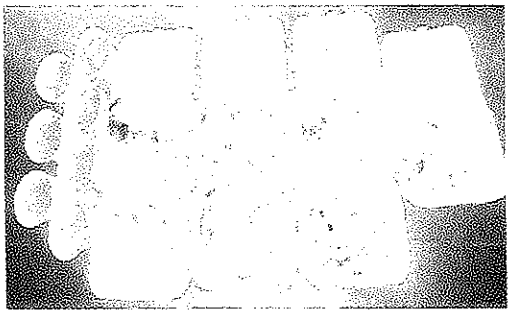
DOCUMENTOS ANEXOS	**No. FOLIOS, CD'S**
1. Factura electrónica	1
2. Formato Informe contratista	2
3. Declaración Juramentada Retefuente	1
4. Evidencias fotográficas y anexos	15
5. Planilla mensual de Seguridad Social	2
6. Certificados (Revisor Fiscal, Bancaria, Junta central de contadores, Cámara de comercio, otra).	-
7. Cédula (Representante legal, revisor fiscal, otra)	-
8. Tarjeta profesional (Revisor fiscal, otra)	-
9. RUT	-
Dado en el Municipio de Bugalagrande – Valle del Cauca, el 08 de mayo del 2026.	
FIRMA CONTRATISTA	**LUIS GABRIEL SOTO**

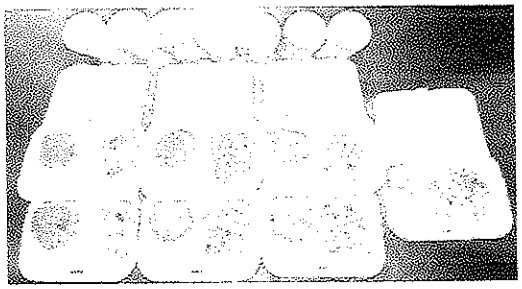
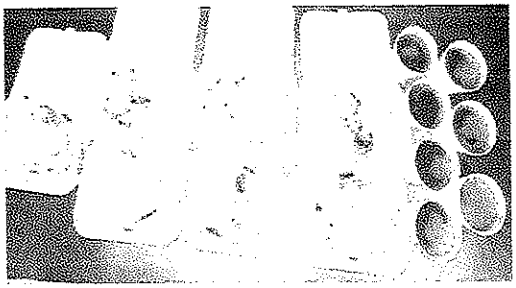
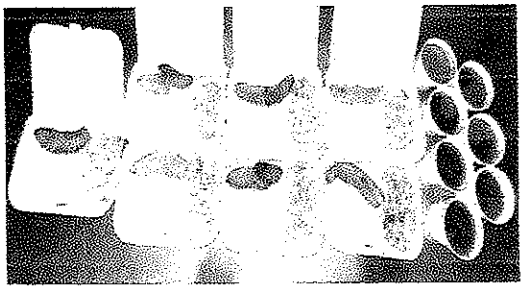
Este documento es propiedad de la Alcaldía Municipal de Bugalagrande. Prohibida su alteración o modificación por cualquier medio, sin previa autorización del SGC.

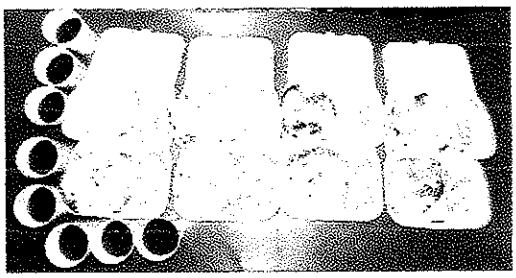
NUMERO DEL CONTRATO:	**239-2026**
OBJETO DEL CONTRATO:	**SUMINISTRO DE ALIMENTACIÓN PARA PERSONAS PRIVADAS DE LA LIBERTAD EN EL MUNICIPIO DE BUGALAGRANDE, VALLE DEL CAUCA**
CONTRATISTA:	**LUIS GABRIEL SOTO QUINTERO**
LUGAR:	**EDIFICIO CENTRAL ALCALDIA MUNICIPAL- ESTACION DE POLICIA DEL MUNICIPIO**
FECHA DEL REGISTRO FOTOGRÁFICO:	**01/04/2026 AL 30/04/2026**

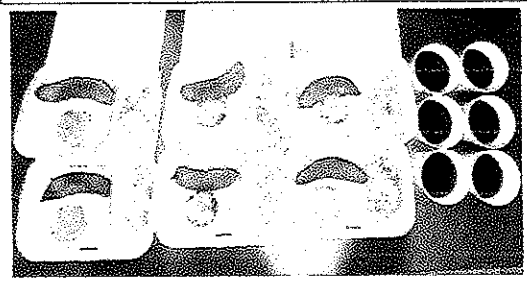
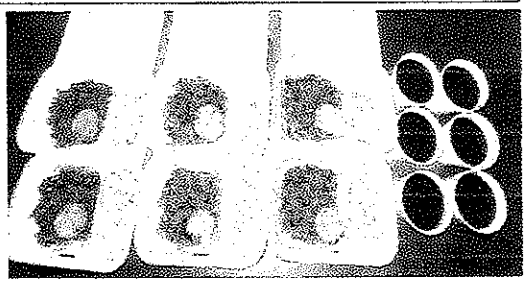
FOTOGRAFÍA(S) Y/O ANEXO (S)

DESAYUNOS

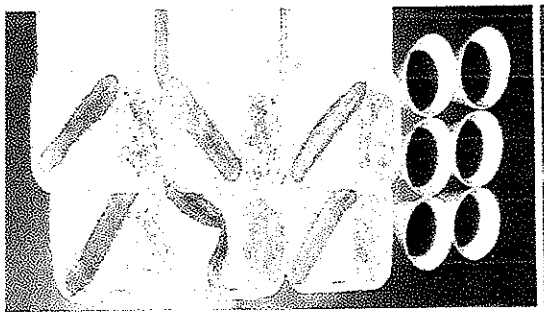
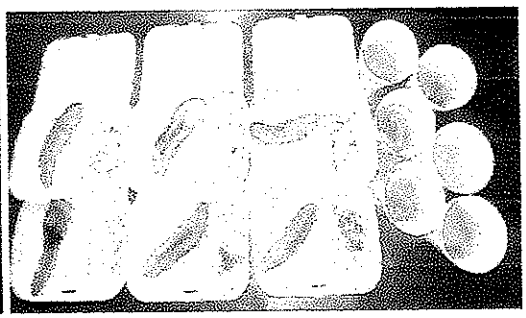
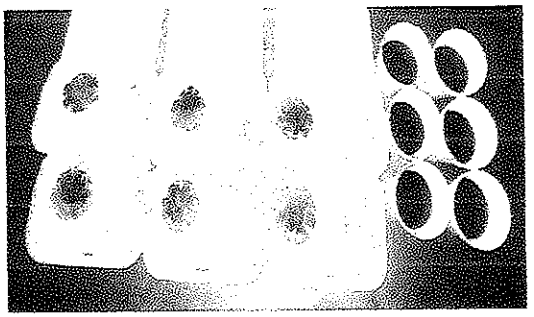
01-04-2026	02-04-2026	03-04-2026
		
04-04-2026	**05-04-2026**	**06-04-2026**
		
07-04-2026	**08-04-2026**	**09-04-2026**
		

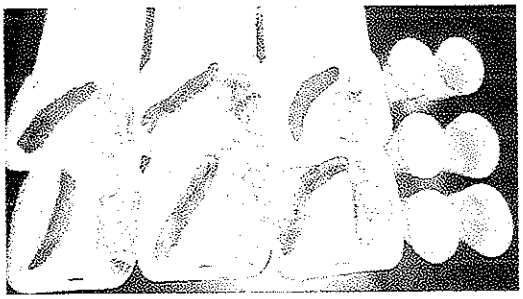
10-04-2026	11-04-2026	12-04-2026
		

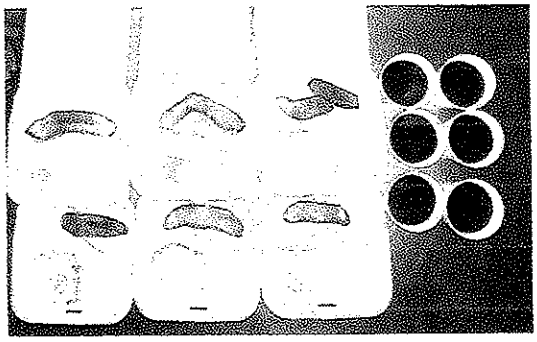
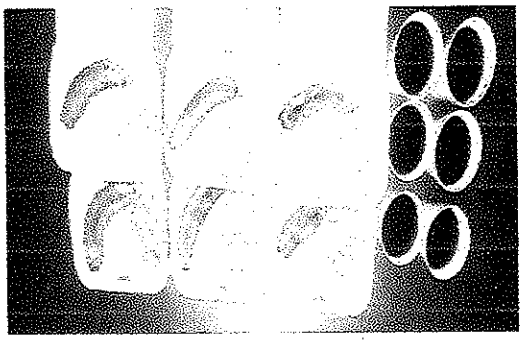
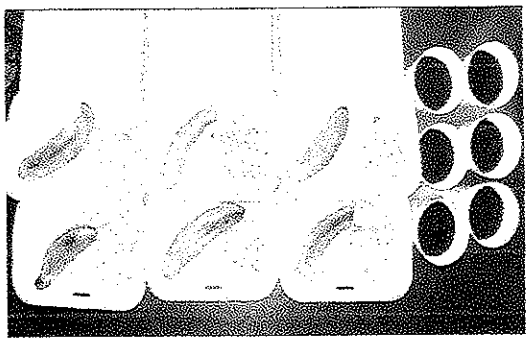
13-04-2026	14-04-2026	15-04-2026
		

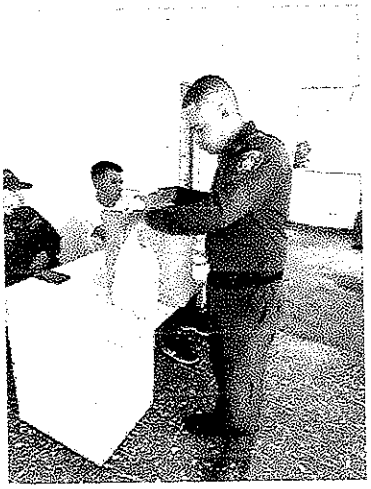
16-04-2026	17-04-2026	18-04-2026
		

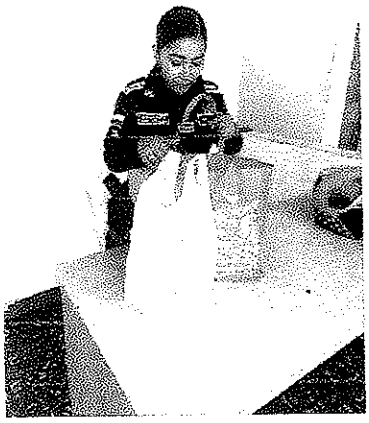
19-04-2026	20-04-2026	21-04-2026
		

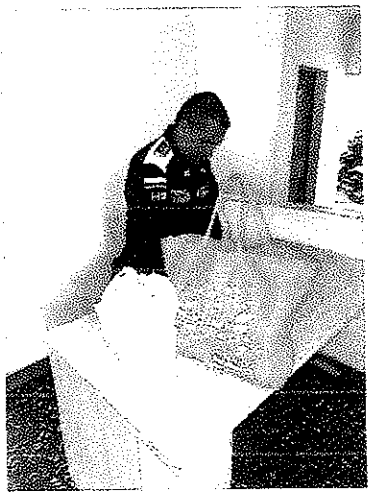
22-04-2026	23-04-2026	24-04-2026
		

25-04-2026	26-04-2026	27-04-2026
		

28-04-2026	29-04-2026	30-04-2026
		

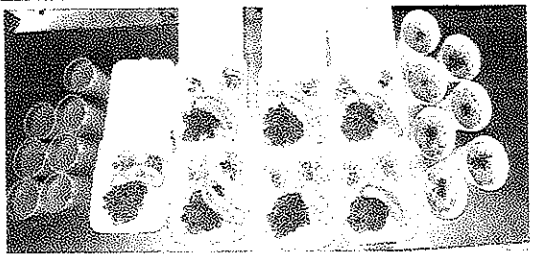

POLICIA


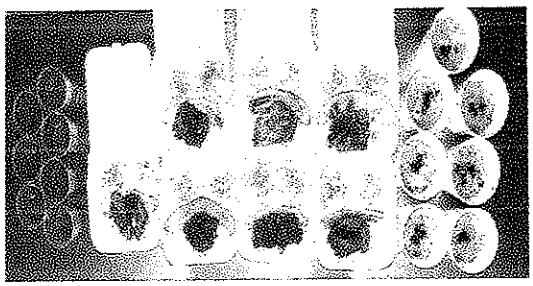
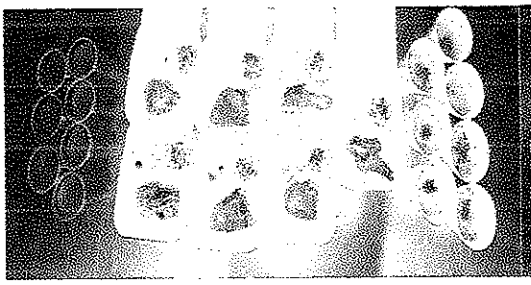



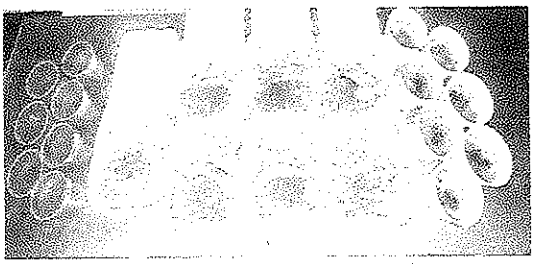
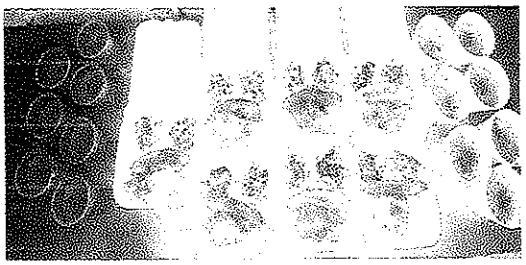


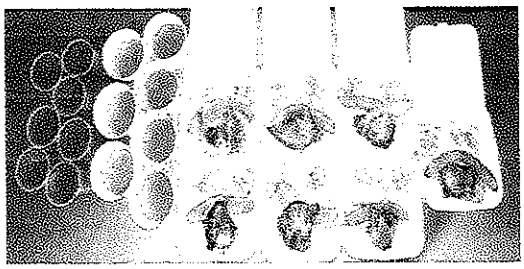
POLICIA

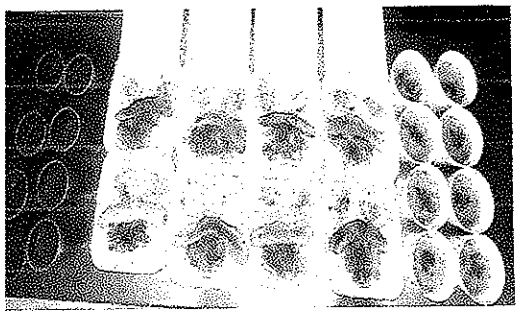
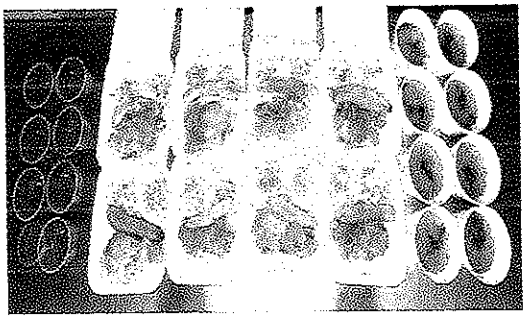
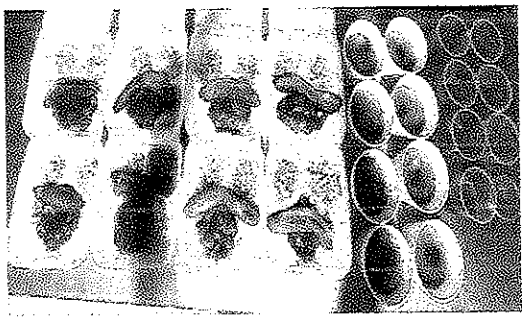

ALMUERZOS

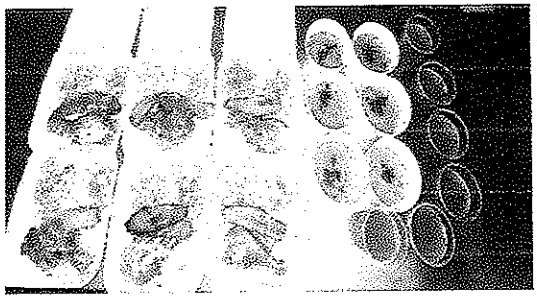
01-04-2026	02-04-2026	03-04-2026
		

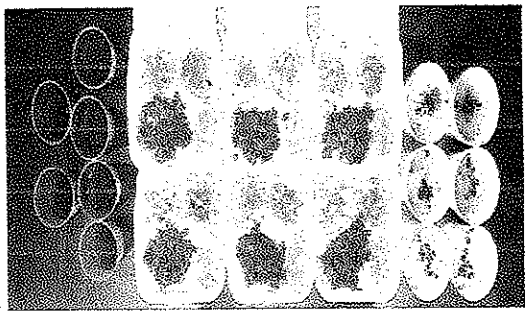
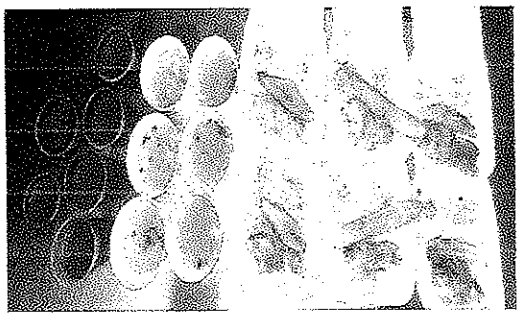
04-04-2026	05-04-2026	06-04-2026
		

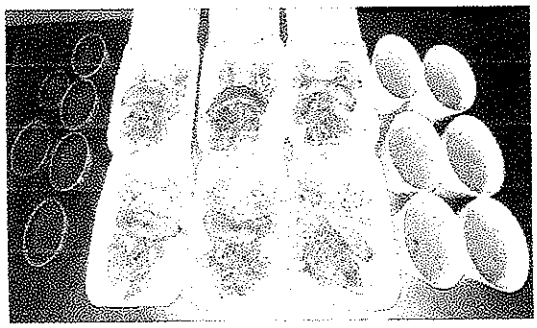
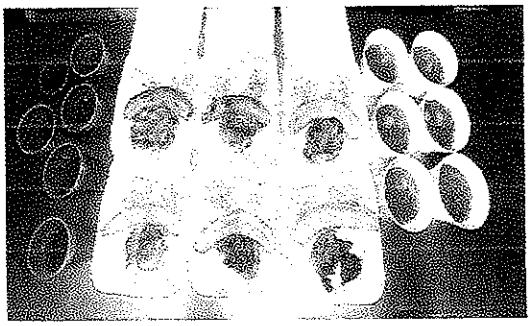
07-04-2026	08-04-2026	09-04-2026
		

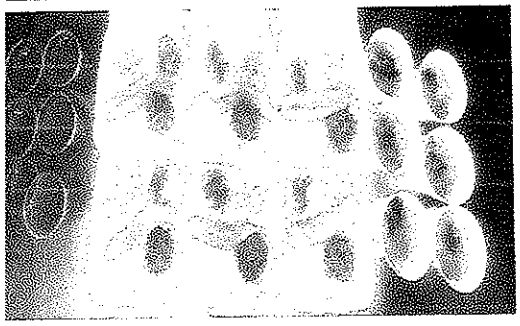
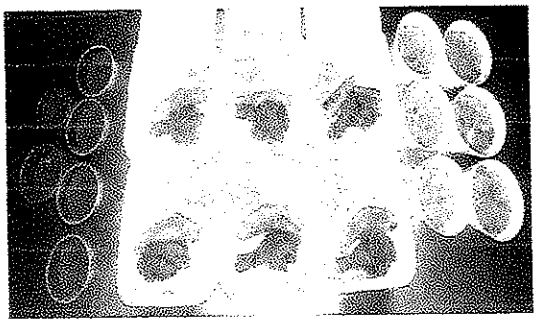
10-04-2026	11-04-2026	12-04-2026
		

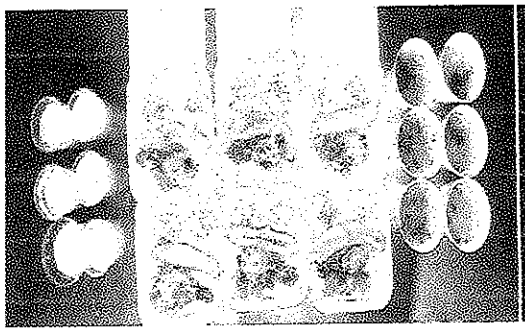
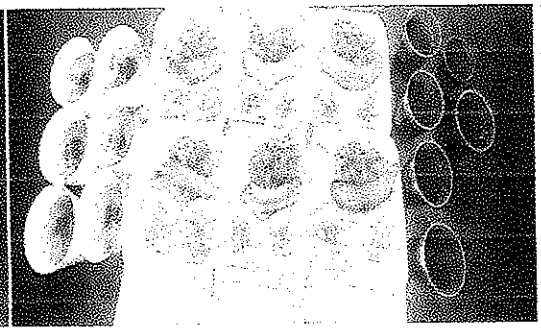
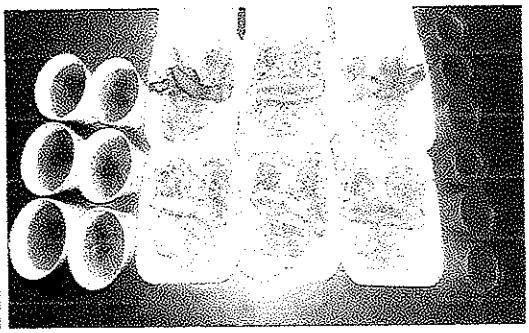
13-04-2026	14-04-2026	15-04-2026
		

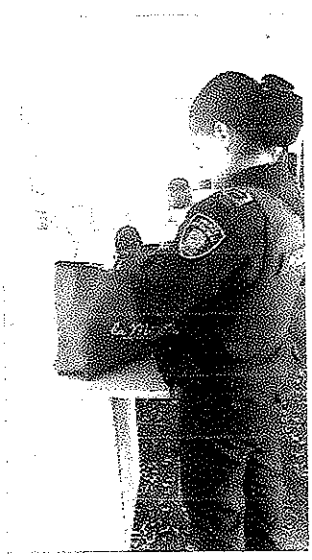
16-04-2026	17-04-2026	18-04-2026
		

19-04-2026	20-04-2026	21-04-2026
		

22-04-2026	23-04-2026	24-04-2026
		

25-04-2026	26-04-2026	27-04-2026
		

28-04-2026	29-04-2026	30-04-2026
		







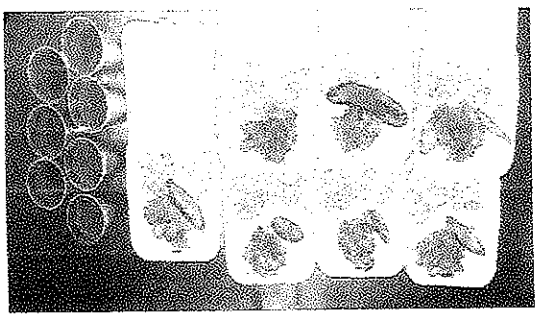
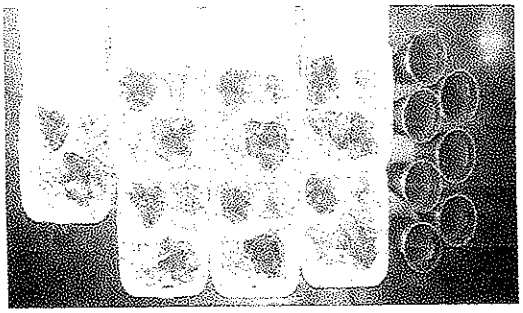
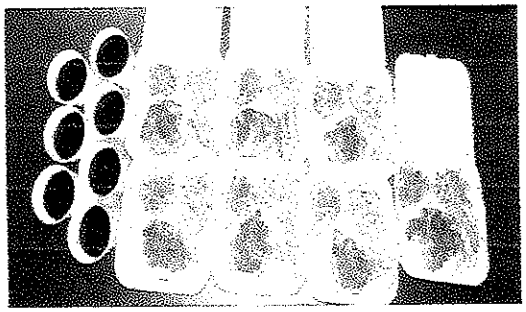


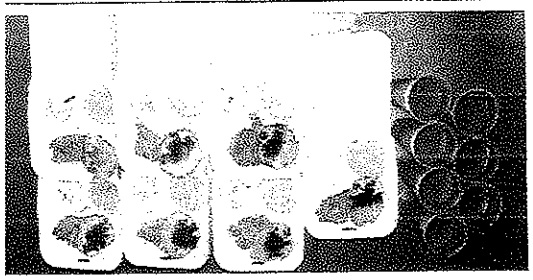
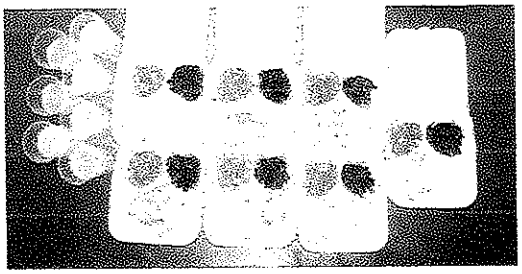
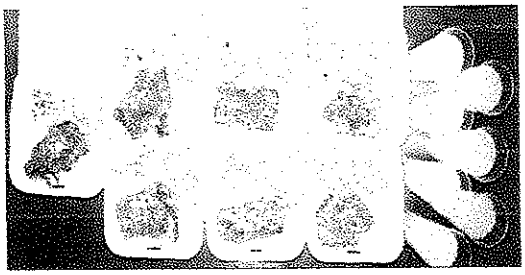
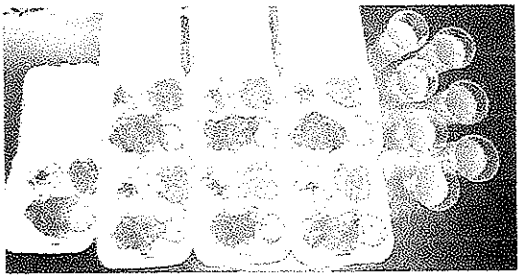
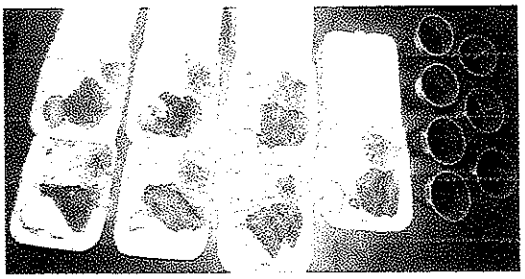
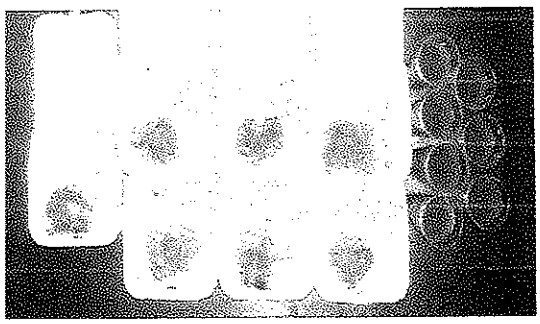
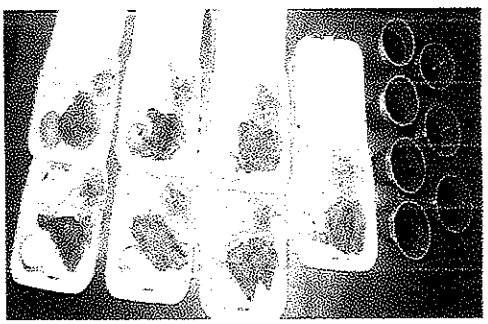
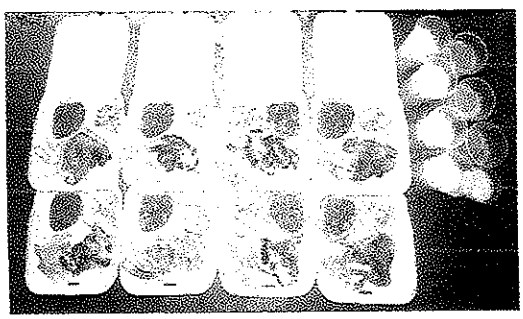
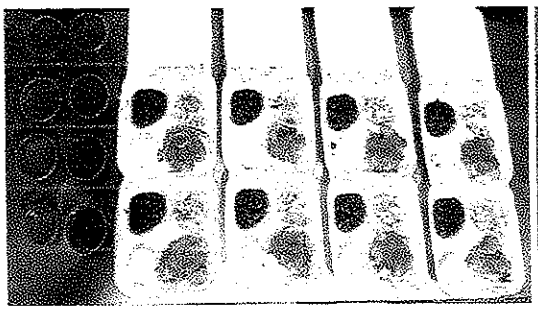


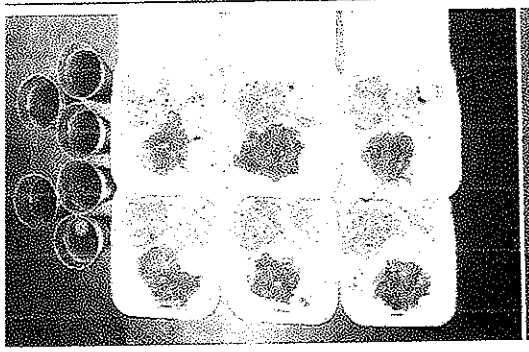
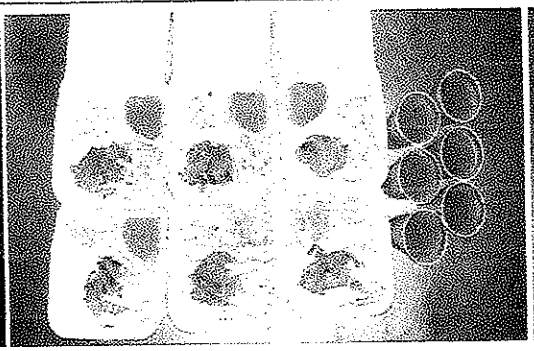
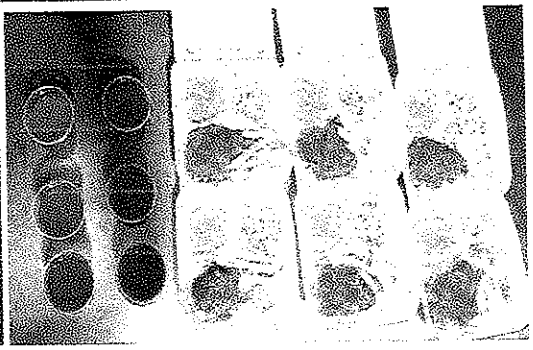


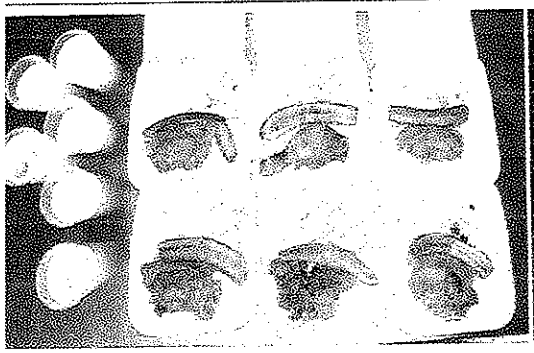
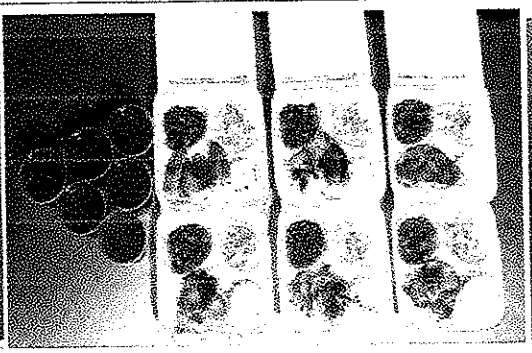
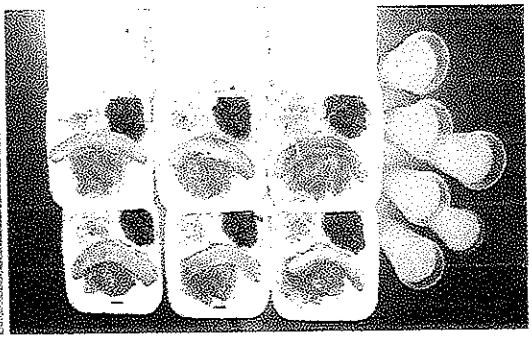


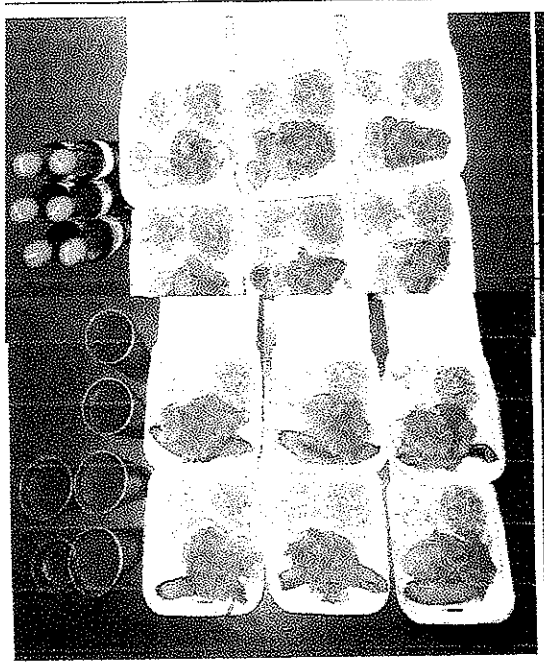

CENA

01-04-2026	02-04-2026	03-04-2026
		

04-04-2026	05-04-2026	06-04-2026
		
07-04-2026	**08-04-2026**	**09-04-2026**
		
10-04-2026	**11-04-2026**	**12-04-2026**
		
13-04-2026	**14-04-2026**	**15-04-2026**
		

16-04-2026	17-04-2026	18-04-2026
		

19-04-2026	20-04-2026	21-04-2026
		

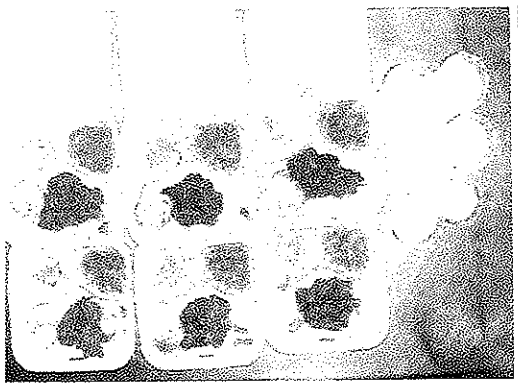
22-04-2026	23-04-2026	24-04-2026
		

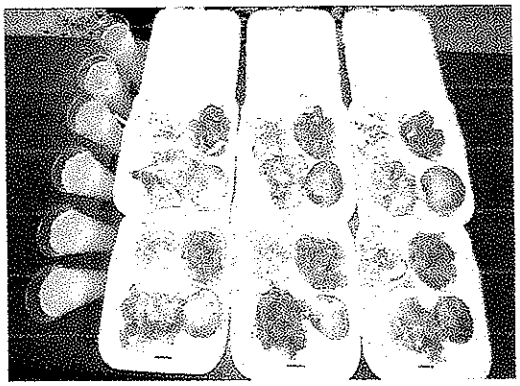







28-04-2026	29-04-2026	30-04-2026














LUIS GABRIEL SOTO

CUENTA DE COBRO

Nº 0005

Ciudad: BUGALAGRANDE

Fecha: *04/05/26*

MUNICIPIO DE BUGALAGRANDE

891900353

Carrera 6 No. 5-65

(602)2236235

[Correo]: [redacted]

[Fecha]: *04/05/26*

Ciudad: BUGALAGRANDE

Pagar la Suma de: **$ 12.620.070** ***DOCE MILLONES SEICIENTOS VEINTE MIL SETENTA PESOS MCTE.***

POR CONCEPTO DE: PAGO ACTA PARCIAL 02 CONTRATO DE SUMINISTRO 239-2026

SUMINISTRO DE ALIMENTACIÓN PARA PERSONAS PRIVADAS DE LA LIBERTAD EN EL MUNICIPIO DE BUGALAGRANDE, VALLE DEL CAUCA

CONCEPTO	PRECIO UNITARIO	CANTIDAD	TOTAL
Desayuno	$ 16.990	198	$ 3.364.020
Almuerzos	$ 23.495	198	$ 4.652.010
Comidas	$ 23.490	196	$ 4.604.040

Cordialmente,

Firma (x) _____

74.861.834 de Yopal

Por favor consignar a la cuenta de ahorros: 854-275-55-661

Entidad Bancaria: BANCOLOMBIA

Departamento Valle del Cauca Alcaldía Municipal	**DECLARACIÓN JURAMENTADA PARA EFECTOS DE DEPURACIÓN DE LA RETENCIÓN EN LA FUENTE POR PAGOS DE HONORARIOS, PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES Y PAGOS POR SALARIOS**	Código: FTO-333-01 Versión: 03 Fecha de Aprobación: 22 de julio de 2024 Página **1** de **1**

DOCUMENTO CONTROLADO POR EL SGC

DATOS DEL CONTRATISTA Y/O FUNCIONARIO

Nombres y Apellidos	Luis Gabriel Soto	**Identificación**	74.861.834
Tipo de Ingreso	Honorarios ☐ Prestación de Servicios ☒ Salarios ☐	**Declara Renta**	Si ☒ No ☐

Para efectos de lo previsto en el parágrafo 2 del Artículo 383 del Estatuto Tributario, modificado por el Artículo 17 de la Ley 1819 del 29 de diciembre de 2016, sobre la reducción de la base de retención en la fuente a los pagos mensualizados por concepto de honorarios y prestación de servicios personales, me permito **DECLARAR BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO** que **NO** he contrato o vinculado dos (2) o más trabajadores asociados a la ejecución de este contrato y **NO** me tomare costos o deducciones asociadas a dicha renta, conforme a lo anterior solicito la aplicación de la retención en la fuente según **Artículo 383** del **Estatuto Tributario** y que adicional cumplo con las siguientes deducciones:

1. Crédito de Vivienda y Aportes a Cuentas AFC	**a)** ¿Pago intereses por Crédito Hipotecario o Leasing Habitacional? **Si** ☐ **No** ☒ ¿Mi crédito de vivienda es compartido? **Si** ☐ **No** ☒ porcentaje que me corresponde: **100%** ☐ **50%** ☐ **Otro**_____**%** **d)** ¿Realizo aportes a Cuentas AFC? **Si** ☐ **No** ☒ **(ADJUNTAR CERTIFICADO BANCARIO SEGÚN APLIQUE)**
2. Pagos de Salud	**a)** ¿Realizo pagos por Medicina Prepagada? **Si** ☐ **No** ☒ **b)** ¿Realizo pagos por Planes de Atención Complementaria en Salud? **Si** ☐ **No** ☒ **c)** ¿Realizo pagos por Pólizas de Seguros en Salud? **Si** ☐ **No** ☒ **(ADJUNTAR CERTIFICADO DEL PAGO DE SALUD SEGÚN APLIQUE)**
3. Pagos Dependientes	**¿Tengo alguno de los siguientes dependientes?** **Si** ☐ **No** ☒ Hijos menores de 18 años. **(RELACIONAR DEPENDIENTES ABAJO).** **Si** ☐ **No** ☒ Hijos con edad entre 18 y 23 años, que se encuentren financiando su educación en instituciones formales de educación superior o en los programas técnicos. **(CERTIFICADO ESTUDIOS).** **Si** ☐ **No** ☒ Hijos mayores de 23 años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos. **(CERTIFICADO MEDICINA LEGAL O MEDICO).** **Si** ☐ **No** ☒ Cónyuge o compañero permanente del que se encuentre en situación de dependencia por ausencia de ingresos o ingresos menores a doscientas sesenta (260) UVT, **(CERTIFICADO CONTADOR).** **Si** ☐ **No** ☒ Padres y hermanos del contribuyente que se encuentren en situación de dependencia, sea por ausencia de ingresos, o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, **(CERTIFICADO CONTADOR).**

RELACIÓN DE DEPENDIENTES (SI APLICA)

Nombres y Apellidos	Identificación No.		Edad	Parentesco
	CC ☐ TI ☐			
	CC ☐ TI ☐			
	CC ☐ TI ☐			

Manifiesto que lo declarado anteriormente está debidamente certificado, y para tal efecto firmo este documento el día 08 del mes de 05 del año 26.

Firma Declarante

Simple

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-05-05, 10:16:28 AM | Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES | Número Planilla: 1080782025

Periodo Cotización: abril de 2026 | Periodo Servicio: abril de 2026 | Referencia pago 8824014619

PAGADA 05/05/2026 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	LUIS GABRIEL SOTO QUINTERO		
Documento	CC74861834	Dirección	CR 3 #10 - 28
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3173871008
Tipo Persona	NATURAL	Forma	ÚNICO
Ciudad	ANDALUCIA	Departamento	VALLE DEL CAUCA
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos Afiliado				Novedades																		Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APF	Días IBC	Días	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte Sena	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Mineducación	Total
CC 74861834	LUIS GABRIEL SOTO QUINTERO	59	0																	0	30	30	0	(23-14) COLPENSIONES	$4,000,000	$640,000	(EPS010) EPS SURA	$4,000,000	$500,000	0.522	$4,000,000	$20,800	(N-N-CC) NINGUNA CCF	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$1,160,800

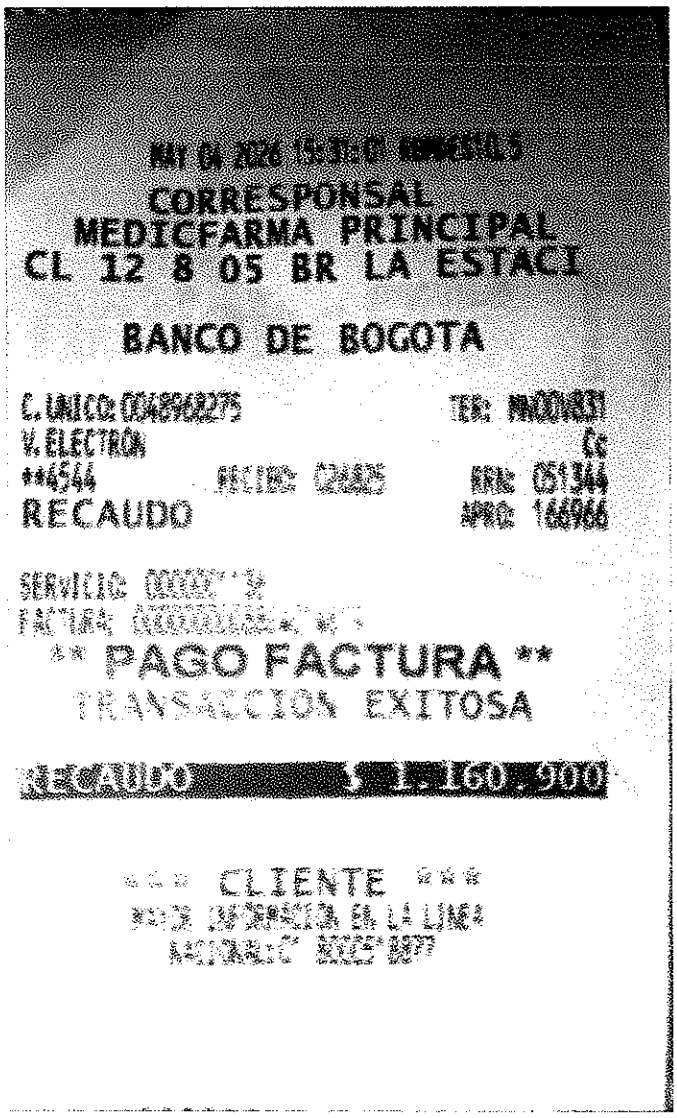
III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	Incapacidades,licen c es.saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$4,000,000	$4,000,000	$4,000,000	$0	$640,000	$500,000	$20,800	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$1,160,800	$0	$1,160,800

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 4446634 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.



MAY 04 2026 15:31:07 [illegible]

CORRESPONSAL
MEDICFARMA PRINCIPAL
CL 12 8 05 BR LA ESTACI

BANCO DE BOGOTA

C.UNICO: [illegible] TR: [illegible]
V.ELECTRON [illegible]
**4544 RECIBO: [illegible] REF: 051344
RECAUDO APRO: 166966

SERVICIO [illegible]
FACTURA [illegible]
** PAGO FACTURA **
TRANSACCION EXITOSA

RECAUDO $ 1.160.900

*** CLIENTE ***
[illegible]
[illegible]