10 30 am

| ALCALDÍA MUNICIPAL DE OIBA NIT 890210948-7 | FORMATO CONTROL DE DOCUMENTO DE PAGOS |
|---|---|
| | Versión 02:<br>Código: F-PA-GJC-01 |

| CONTRATISTA | | | | CONTRATO N° |
|---|---|---|---|---|
| EMILSE YOBANA HERNANDEZ CONTRERAS | | | | 137 DE 2026 |
| PAGO | | | | PERIODO DE EJECUCIÓN |
| NUMERO | 03 | DE | 09 | 01/04/2026 – 30/04/2026 |

| 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 |
|---|---|
| Sthacienda. Esq Servicios F | 15-05-2026. |

**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 03 | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **NOMBRE CONTRATISTA** | EMILSE YOBANA HERNANDEZ CONTRERAS | | | | **C.C. / NIT** | 1.104.068.745 |
| **N° CONTRATO** | 137 DE 2026 | **PERIODO EJECUCION** | **DESDE** | **01/04/2026** | **HASTA** | **30/04/2026** |
| **OBJETO DEL CONTRATO** | | | | | | |
| PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN BRINDANDO APOYO Y ACOMPAÑAMIENTO A LA SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL Y AGRICULTURA EN LOS DIFERENTES PROGRAMAS SOCIALES INMERSOS EN LA OFERTA INSTITUCIONAL DEL MUNICIPIO DE OIBA, SANTANDER | | | | | | |
| **NÚMERO DE PAGO** | **03** | | | | **DE:** | **09** |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR Y CARGO:** | PEDRO STEVEN RAMOS GIL<br>SECRETARIO DE DESARROLLO SOCIAL Y AGRICULTURA | | | | | |

| DESCRIPCIÓN DE OBLIGACIONES Y ACTIVIDADES DURANTE EL RESPECTIVO PERIODO | | |
|---|---|---|
| **OBLIGACIONES DEL CONTRATO** | **DETALLAR LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL RESPECTIVO PERIODO** | **EVIDENCIA** |
| 1. ITEMS<br>Prestación de servicios apoyo a la gestión en la organización, convocatoria, alistamiento para la ejecución de los contenidos para las sesiones de talleres, cursos, programas sociales, ferias y otros que se desarrollen en la secretaria de desarrollo social y agricultura. | • Durante el período correspondiente, se brindó apoyo en la organización, convocatoria y alistamiento para la ejecución de cursos, talleres y programas sociales desarrollados por la Secretaría de Desarrollo Social y Agricultura. Asimismo, se realizó la difusión de las diferentes actividades programadas durante el mes de abril, mediante la elaboración y envío de flyers informativos a través de grupos de WhatsApp y estrategia de voz a voz, con el fin de promover la participación activa de la comunidad. | Anexo #1<br>Registro fotográfico de flayers |
| 2. ITEMS<br>Brindar acompañamiento a la secretaria de desarrollo social y agricultura en el diligenciamiento de las planillas de caracterización y control de las sesiones de formación en los diferentes grupos poblacionales a cargo de la | Durante el período correspondiente, se brindó acompañamiento a la Secretaría de Desarrollo Social y Agricultura en el diligenciamiento y organización de las planillas de caracterización y control de asistencia de las diferentes sesiones de formación dirigidas a los grupos poblacionales a cargo de la dependencia. Asimismo, se | Anexo #2<br>Registro fotográfico de las caracterización y de asistencia |

| | | |
|---|---|---|
| secretaria de desarrollo social y agricultura. | elaboraron y actualizaron las planillas correspondientes a los distintos cursos desarrollados durante el mes de abril, garantizando el adecuado registro y seguimiento de la participación de los asistentes. | |
| 3. ITEMS<br>Brindar acompañamiento a la secretaria de desarrollo social y agricultura en la recopilación de evidencias fotográficas y documentales de los procesos de la enseñanza, talleres, ferias de servicios y demás actividades a cargo de la secretaria. | Durante el período correspondiente, se brindó acompañamiento a la Secretaría de Desarrollo Social y Agricultura en la recopilación y organización de evidencias fotográficas y documentales relacionadas con los procesos de enseñanza, talleres, ferias de servicios y demás actividades desarrolladas por la dependencia. De igual manera, se apoyó la divulgación de las diferentes ofertas de cursos solicitados por la comunidad, promoviendo la participación e integración de la población en las actividades programadas. | Anexo #3<br>Registro fotográfico de divulgación de los cursos |
| 4. ITEMS<br>Ayudar a contactar por teléfono o mensaje a las personas inscritas en los programas, recordándoles fechas y horarios de sesiones, y reportando al supervisor las confirmaciones o ausencias. | Durante el período correspondiente, se brindó apoyo en el contacto y seguimiento a las personas inscritas en los diferentes programas adelantados por la Secretaría de Desarrollo Social y Agricultura, mediante el envío de mensajes a través de WhatsApp, con el fin de informar oportunamente las reuniones de socialización programadas. Asimismo, se realizó seguimiento a las confirmaciones de asistencia y novedades presentadas por los participantes. | Anexo # 4<br>Registro fotográfico de los chat |
| 5. ITEMS<br>Organizar y archivar en carpetas físicas o digitales los documentos generados (planillas, fotos, evidencias), elaborando un reporte breve mensual de actividades cumplidas para revisión del supervisor. | Durante el período correspondiente, se brindó apoyo en la organización y archivo de la documentación generada en el desarrollo de los diferentes programas y actividades de la Secretaría de Desarrollo Social y Agricultura. Asimismo, se realizó la creación y actualización de carpetas digitales correspondientes a las solicitudes de cada programa, incluyendo el registro y organización de copias de cédulas y demás documentos requeridos, facilitando el adecuado | Anexo # 5<br>Registro fotográfico de Solicitudes de cursos y cedulas |

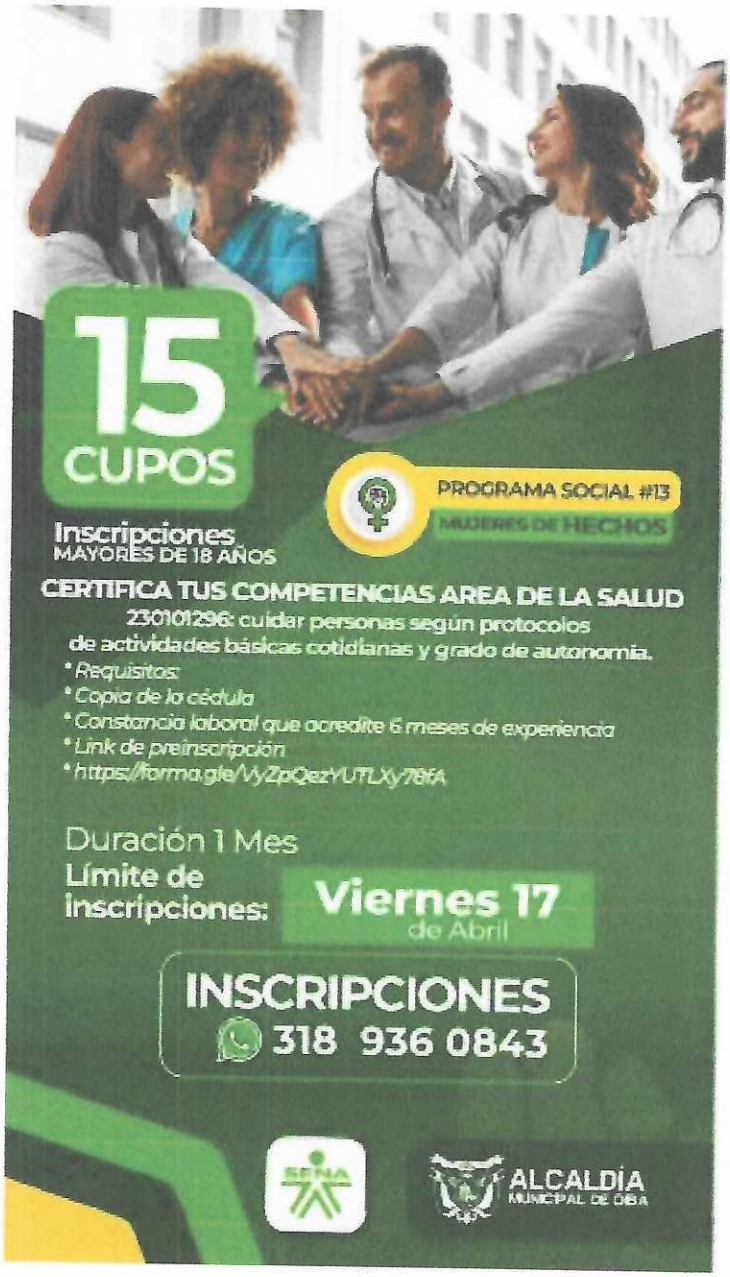
| | | |
|---|---|---|
| | control y seguimiento de la información. | |
| 6. ITEMS<br>Las demás que resulten convenientes en torno al desarrollo del objeto contractual o que sean requeridas por la supervisión del contrato | Durante el período correspondiente, se brindó apoyo en la organización logística de la feria local y de servicios desarrollada en el mes de abril, contribuyendo en las actividades de alistamiento, coordinación y apoyo para el adecuado desarrollo de la jornada programada por la Secretaría de Desarrollo Social y Agricultura.<br><br>Asimismo, se realizó apoyo en la organización y preparación de regalos destinados a diferentes instituciones educativas del municipio, en el marco de las actividades y jornadas adelantadas por la Secretaría de Desarrollo Social y Agricultura. | Anexo # 6<br>Registro fotográfico de feria local<br><br>Anexo # 7<br>Registro fotográfico de regalos<br><br>Anexo # 8<br>Registro fotográfico día del niño |

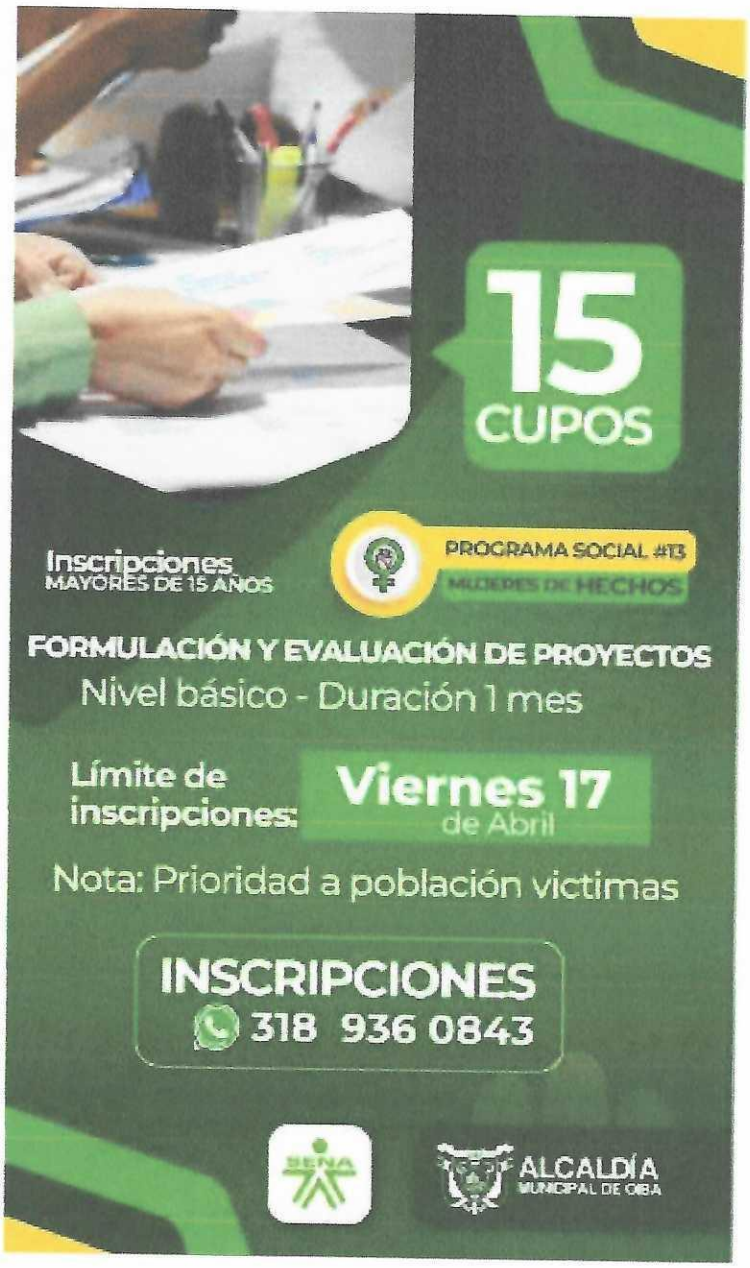
**Productos y/o Otros Anexos**

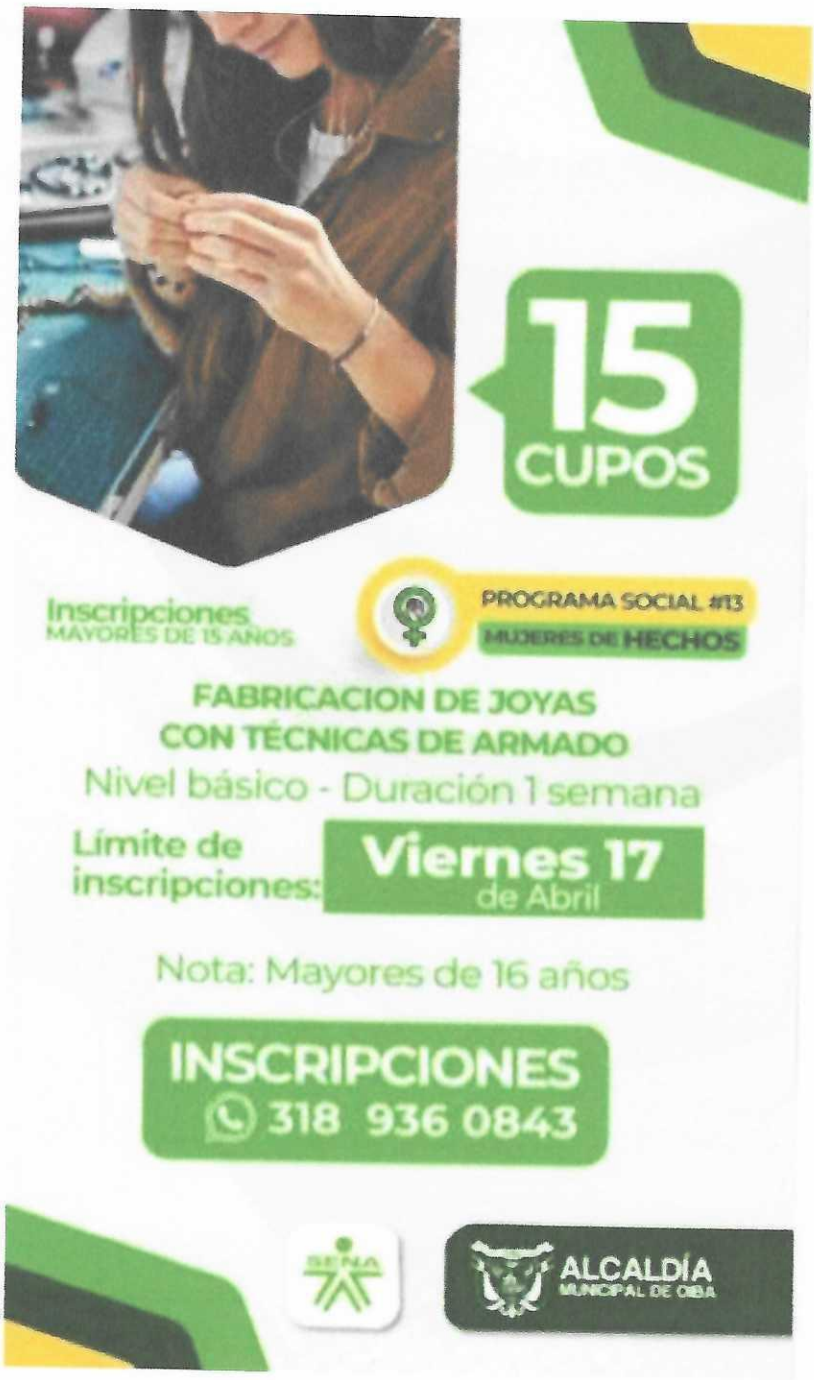
Se hace entrega de las evidencias como anexos del informe de Actividades.
Cuenta de cobro.
Estampilla Departamental con soporte de pago.
Planilla de Aportes al sistema de Seguridad Social Integral con soporte de pago.
Certificación bancaria.

**EMILSE YOBANA HERNANDEZ CONTRERAS**
**CC. 1104068745**
**Contratista**

Anexo #1
Registro fotográfico de flayers




15
CUPOS
Inscripciones
MAYORES DE 15 AÑOS
PROGRAMA SOCIAL #13
MUJERES DE HECHOS
FABRICACION DE JOYAS
CON TÉCNICAS DE ARMADO
Nivel básico - Duración 1 semana
Límite de inscripciones:
Viernes 17
de Abril
Nota: Mayores de 16 años
INSCRIPCIONES
318 936 0843
SENA
ALCALDÍA
MUNICIPAL DE OIBA

Anexo #2
Registro fotográfico de las caracterización y de asistencia

ALCALDÍA

FORMATO LISTA DE ASISTENCIA
Version: 04
Código: F-E SIC-02

TEMA

FECHA | HORA | LUGAR | RESPONSABLE

"Asistencia a Poblaciones de especial protección constitucional (Niñas, Niños y Adolescentes, Adulto mayor, Mujer cabeza de familia, Personas con condición de discapacidad, Personas desplazadas por la violencia, Personas en proceso de reintegración, personas en ejercicio de prostitución, personas en situación de calle, Personas en proceso externo)

| N° | NOMBRE COMPLETO | CORREO ELECTRONICO | CARGO. | ENTIDAD DEPENDENCIA | NUMERO DE TELEFONO | ASISTENCIA* | | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | V | P | |
| 1 | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | |

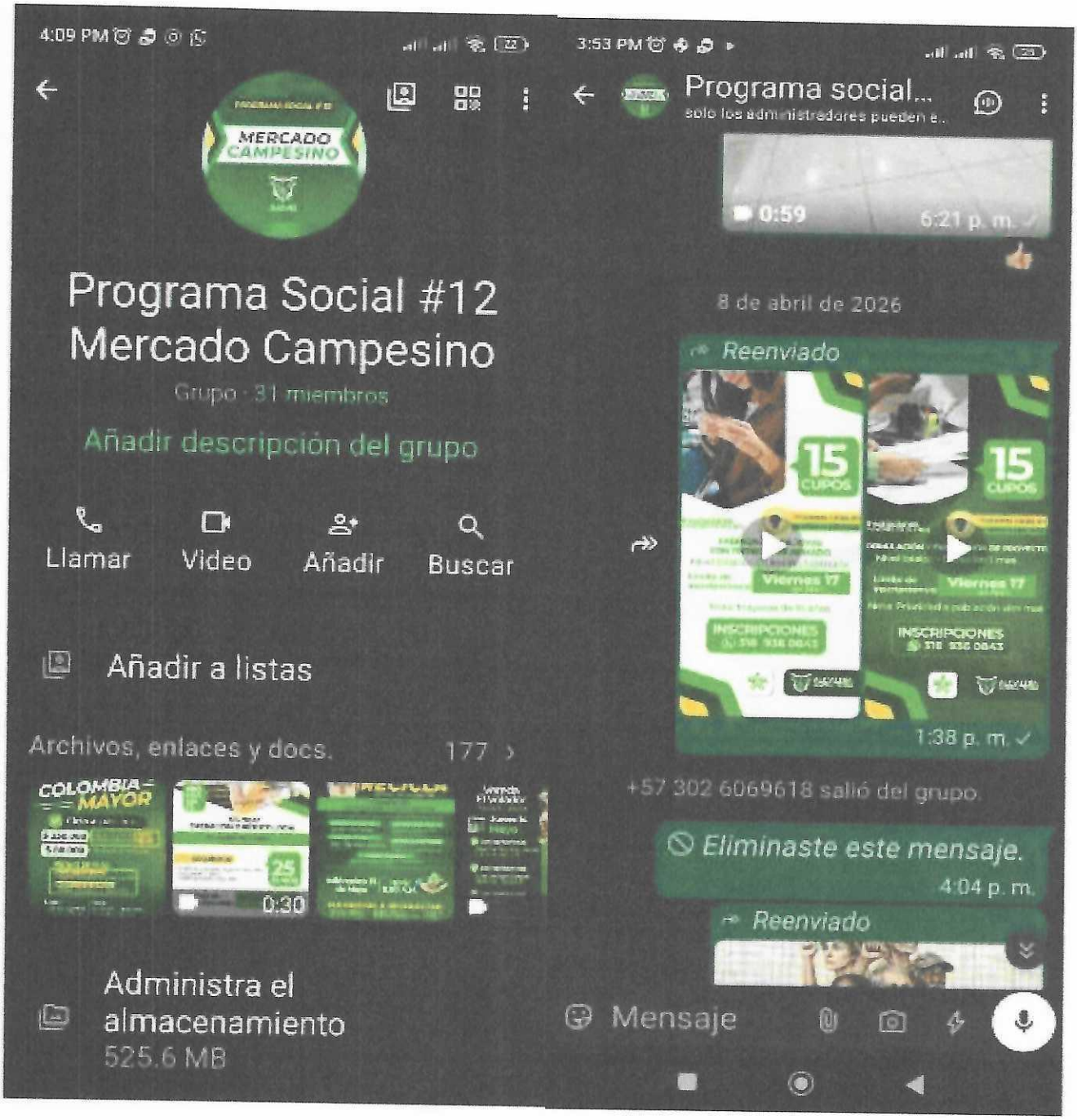
| ALCALDÍA MUNICIPAL DE OCAÑA NIT 890210948-7 | FORMATO LISTA DE ASISTENCIA<br>Versión: 04<br>Código: F-E-SIG-02 |
|---|---|

| TEMA | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA | DD/MM/AAAA | HORA | | LUGAR | | RESPONSABLE | |

*Asistencia Virtual (V) Presencial (P). **Sujetos de especial protección constitucional: (Niñas, Niños y Adolescentes, Adulto mayor, Mujer cabeza de familia, Personas en condición de discapacidad, Personas desplazadas por la violencia y aquellas que se encuentrar en pobreza extrema).

| Nº | NOMBRE COMPLETO | CORREO ELECTRONICO | CARGO | ENTIDAD DEPENDENCIA | NÚMERO DE TELEFÓNO | ASISTENCIA* | | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | V | P | |
| 1 | Jose Hernandez | hgcauchos@hotmail.com | Independiente | | 313 3998850 | | V | |
| 2 | Alberto Jimenez Parra | alberto85jimenez@hotmail.com | Independiente | | 3156222297 | | ✓ | |
| 3 | Wilmer Ramon Barbosa Cabas | wilbarbosa1990@gmail.com | Contratista | alcaldia de Ocaña | 3229617250 | | X | |
| 4 | HEBER FERNANDO RUIZ SUAREZ | ruiz0979@gmail.com | Maestro Vehicular | alcalde Ocaña | 3164765087 | | X | |
| 5 | Miguel Angel Varela Martinez | pedroalejandrojimenez@gmail.com | Gestion Documental | Alcaldia de Ocaña | 3244101380 | | X | |
| 6 | Cesar Augusto Higuera Ruiz | cesarhiguera3778@gmail.com | Independiente | | 3123651168 | | X | |
| 7 | Yorlis Antonio Cabarcas C. | | Independiente | | 3136056283 | | X | |
| 8 | Milka Pino | milka-pino@hotmail.com | Independiente | | 3028300240 | | X | |
| 9 | Leonardo Jaimes Gonzalez | leonardojaimes1980@ | Independiente | | 3202112735 | | X | |
| 10 | Jhon Jairo Pineda Becerra | jhonjairo.pineda.2016@gmail.com | Independiente | | 3209012597 | | X | |
| 11 | Diego Fernando Fonseca G. | diferfogar@hotmail.com | Independiente | | 3002206302 | | X | |
| 12 | Kevin Fernando Garcia G. | kevinfg.123@hotmail.com | Independiente | — | 3226839889 | | X | Kevin Garcia |
| 13 | Kevin Alberto Aguilar Pinzon | kevinalberto95@hotmail.com | Independiente | | 3214647987 | | X | |
| 14 | Jairo L Gutierrez O | Ingjairo Gutierrez@gmail.com | Independiente | | 3109897773 | | X | |
| 15 | Robert Gutierrez Ortiz | arqs.robert.gutierrez.ortiz@gmail.com | Independiente | Alcaldia Ocaña | 3152550948 | | X | |
| 16 | Robert Sebastian Gutierrez Cabillos | Robert.973@hotmail.com | Independiente | | 3163533669 | | X | Robert G. |
| 17 | Ma del Pilar Cardenas Suarez | arquitecturaocana@gmail.com | Arquitecta | | 3176546228 | | X | |

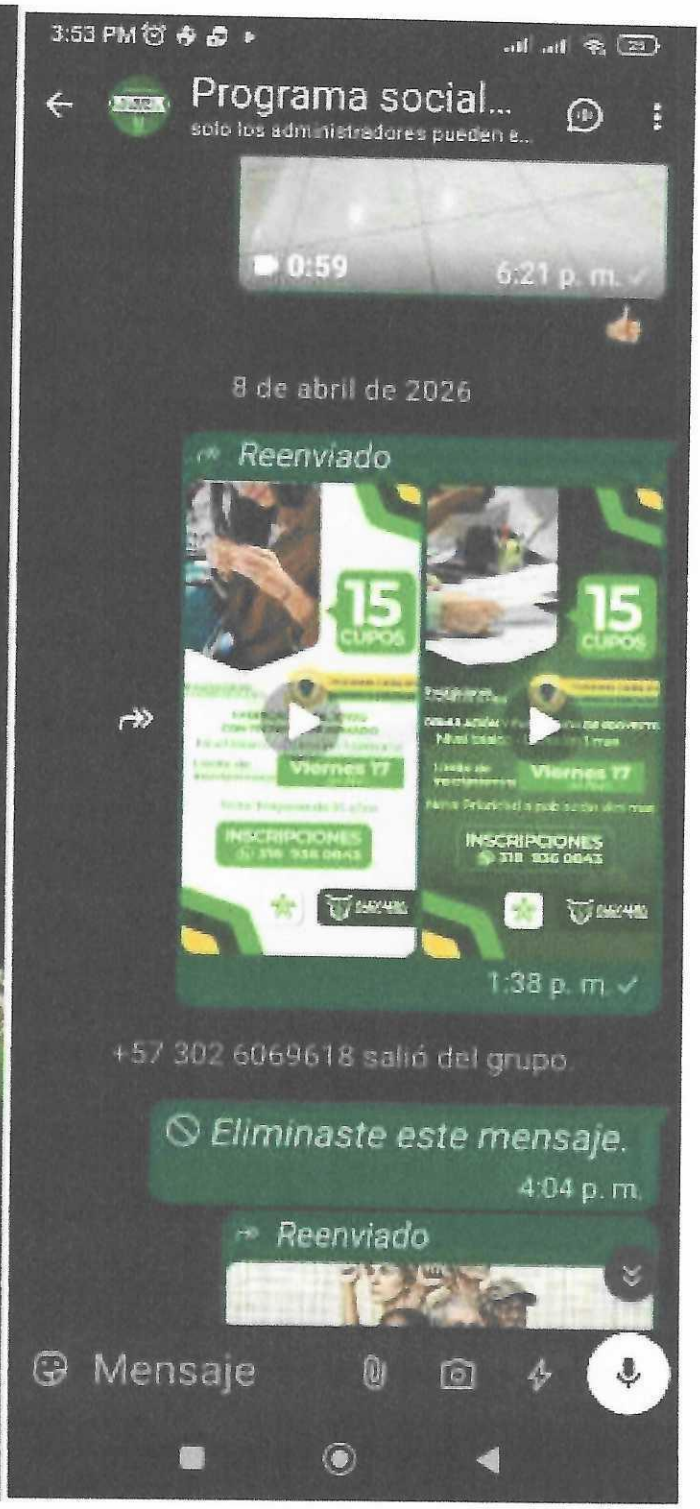
Anexo # 3
Registro fotográfico de divulgación de los cursos



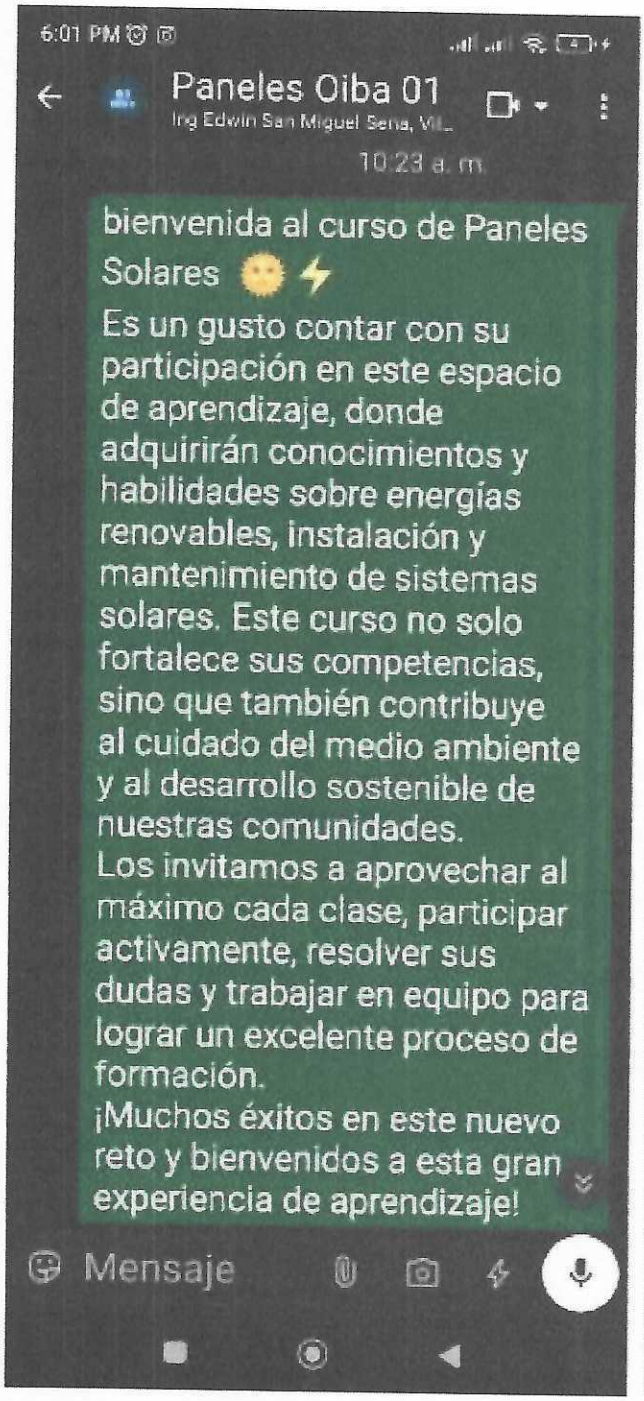

4:04 PM
MUJERES DE HECHOS
Programa social #13 mujeres de hechos
Grupo · 499 miembros
El programa social# 13 "MUJERES DE HECHOS" fue... Leer más
Chat de voz
Añadir
Buscar
Añadir a listas
Archivos, enlaces y docs. 177 >
COLOMBIA MAYOR
0:30
Administra el almacenamiento
518.1 MB

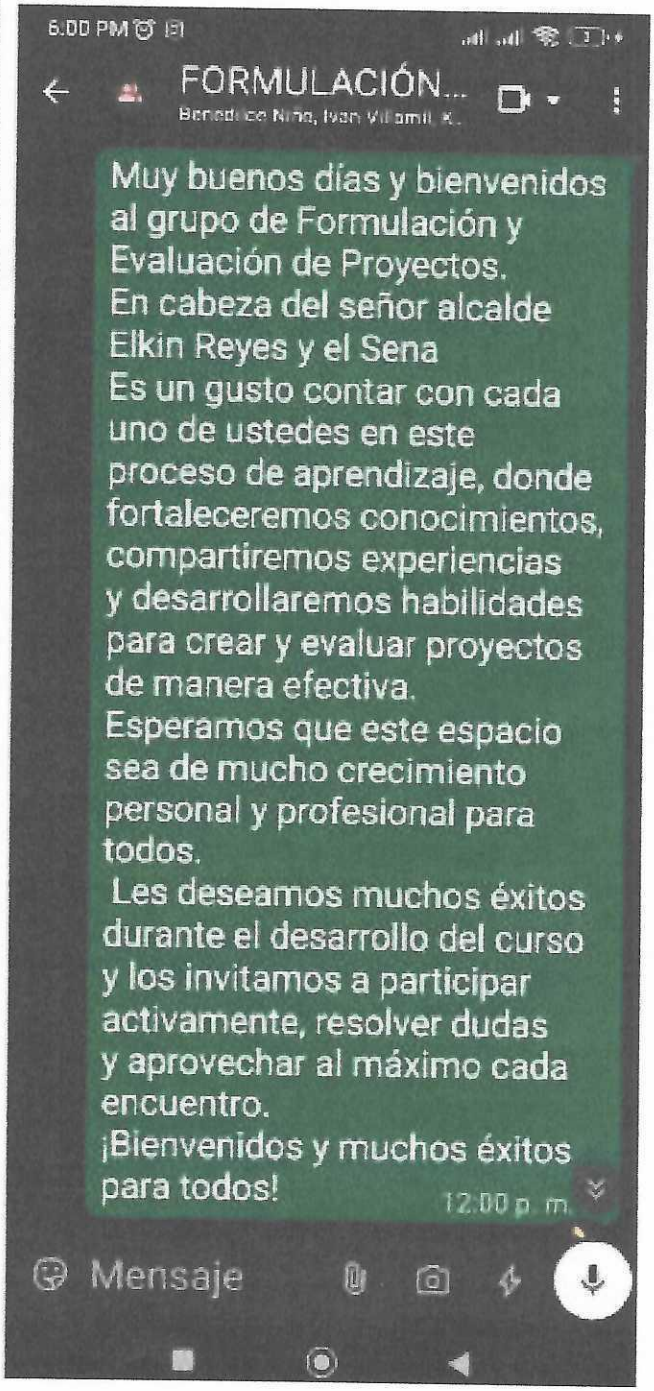

3:53 PM
Programa social...
solo los administradores pueden e...
0:59
6:21 p. m.
8 de abril de 2026
Reenviado
15 CUPOS
Viernes 17
INSCRIPCIONES
1:38 p. m.
+57 302 6069618 salió del grupo
Eliminaste este mensaje.
4:04 p. m.
Reenviado
Mensaje


4:09 PM
HECHO CON AMOR
Programa Social #16 Hecho con Amor
Grupo · 201 miembros
Añadir descripción del grupo
Chat de voz
Añadir
Buscar
Añadir a listas
Archivos, enlaces y docs. 178
COLOMBIA MAYOR
0:30
Administra el almacenamiento
518.9 MB
Notificaciones

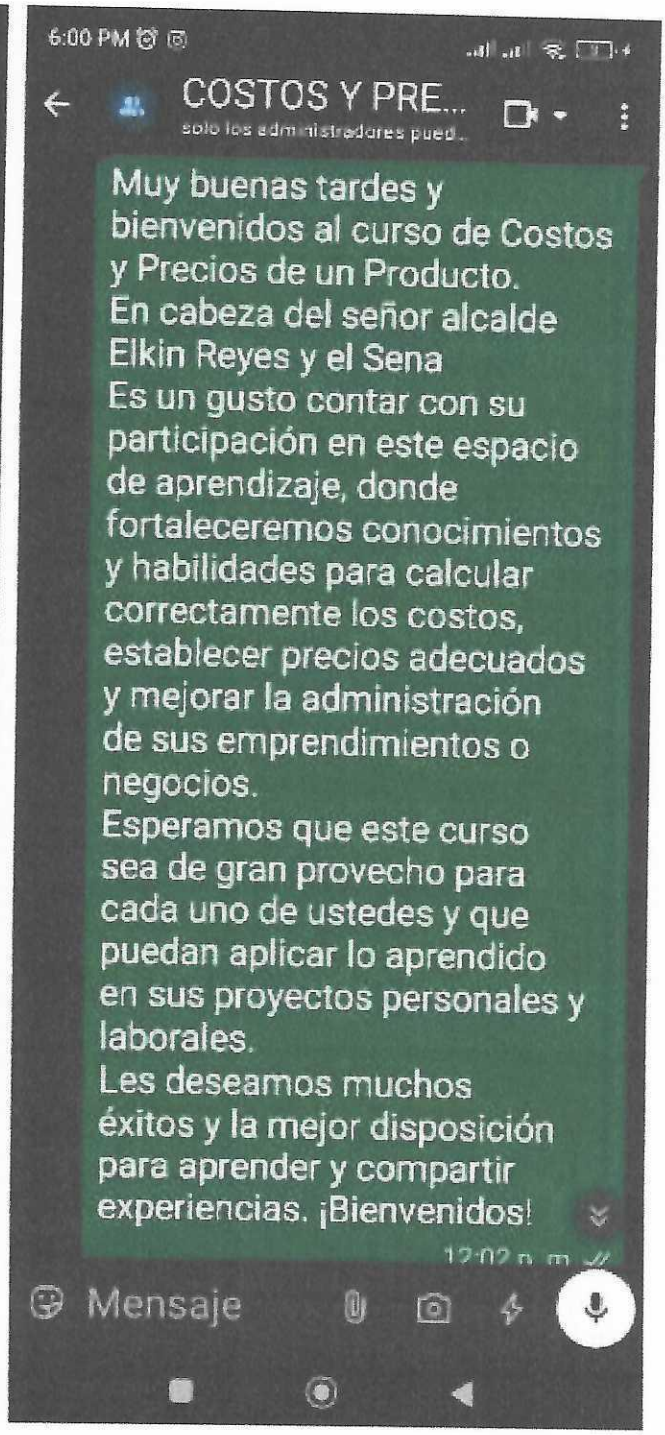

3:53 PM
Programa social...
solo los administradores pueden e...
0:59
6:21 p. m.
8 de abril de 2026
Reenviado
15 CUPOS
Viernes 17
INSCRIPCIONES
1:38 p. m.
+57 302 6069618 salió del grupo
Eliminaste este mensaje.
4:04 p. m.
Reenviado
Mensaje

Anexo # 4
Registro fotográfico de los chat



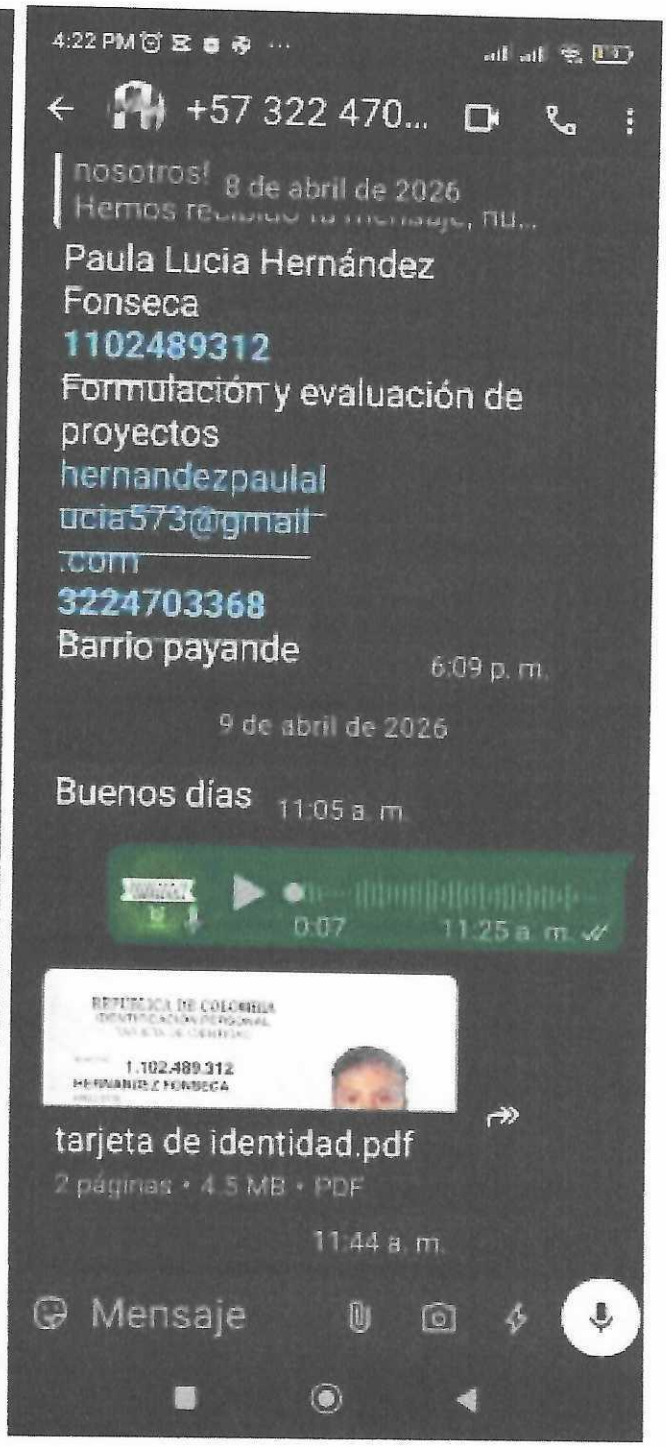



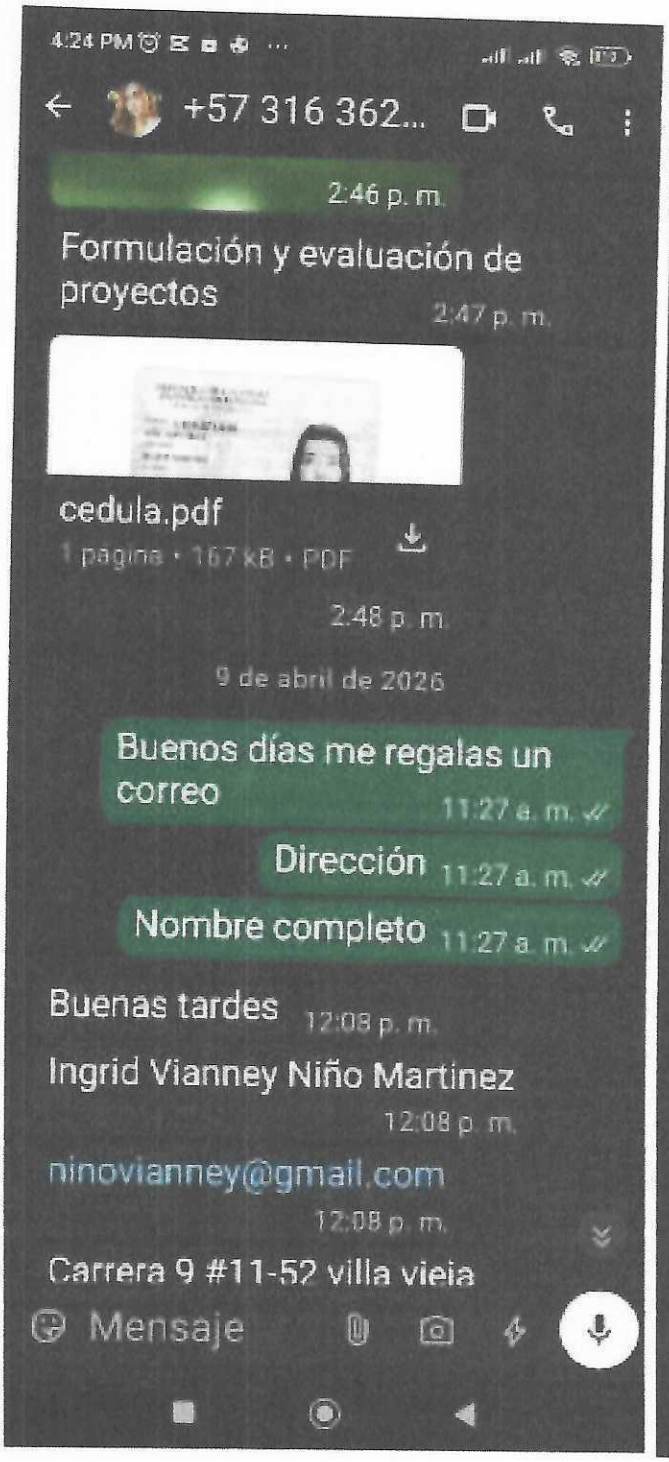

6:10 PM
ESPECIES MEN...
Mariane Buitrago, Pedro, Profe...
27 de abril de 2026
En ca... señor alcalde, Elkin Alfonso Reyes Plata, y desde la Administración Municipal, nos complace darles la más cordial bienvenida a este importante proceso de formación en manejo de cerdos. Nos complace contar con su participación en este curso, donde tendrán la oportunidad de adquirir conocimientos prácticos y teóricos que fortalecerán sus habilidades en el cuidado, alimentación, sanidad y producción porcina. Esperamos que este espacio sea de mucho aprendizaje, crecimiento personal y desarrollo para cada uno de ustedes. La porcicultura es una actividad fundamental en el sector agropecuario, y con compromiso y dedicación podrán generar oportunidades para mejorar su calidad de vida
Mensaje

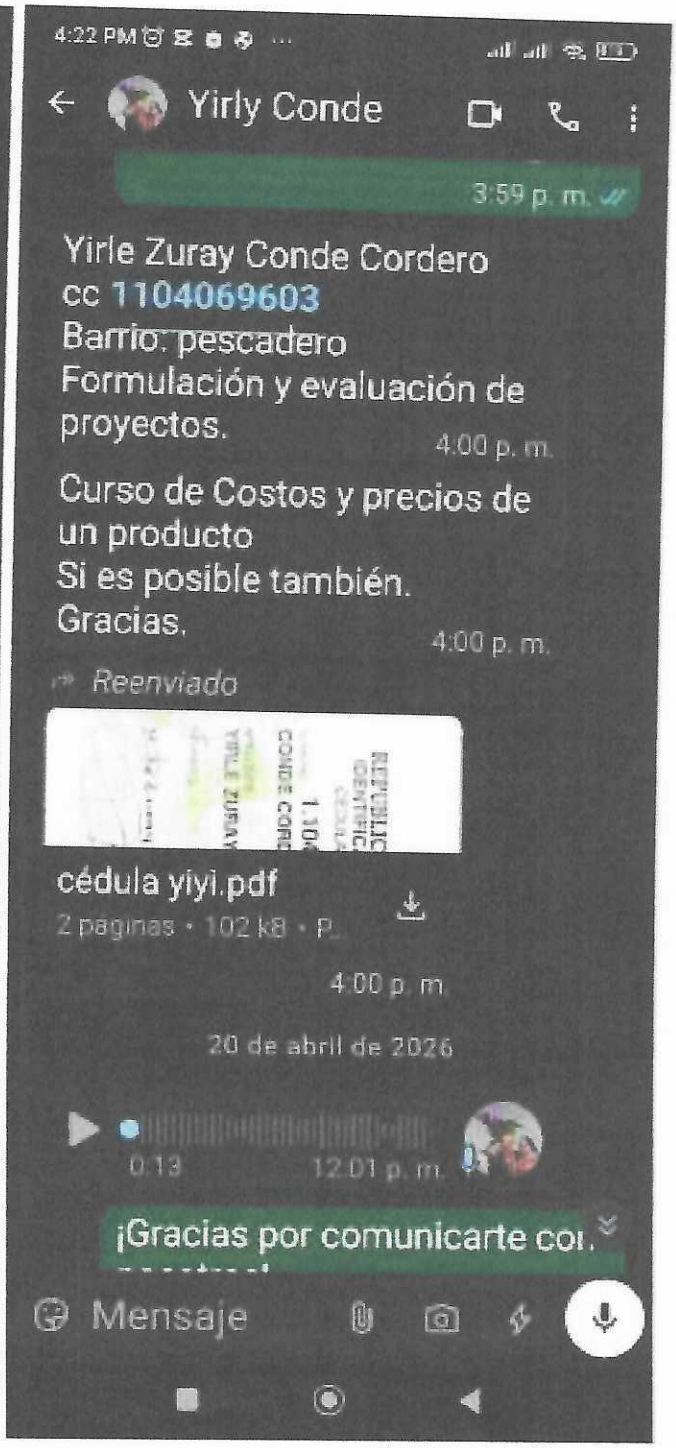

6:00 PM
COSTOS Y PRE...
solo los administradores pued...
Muy buenas tardes y bienvenidos al curso de Costos y Precios de un Producto.
En cabeza del señor alcalde Elkin Reyes y el Sena
Es un gusto contar con su participación en este espacio de aprendizaje, donde fortaleceremos conocimientos y habilidades para calcular correctamente los costos, establecer precios adecuados y mejorar la administración de sus emprendimientos o negocios.
Esperamos que este curso sea de gran provecho para cada uno de ustedes y que puedan aplicar lo aprendido en sus proyectos personales y laborales.
Les deseamos muchos éxitos y la mejor disposición para aprender y compartir experiencias. ¡Bienvenidos!
12:02 p. m.
Mensaje

Anexo # 5
Registro fotográfico de Solicitudes de cursos y cedulas



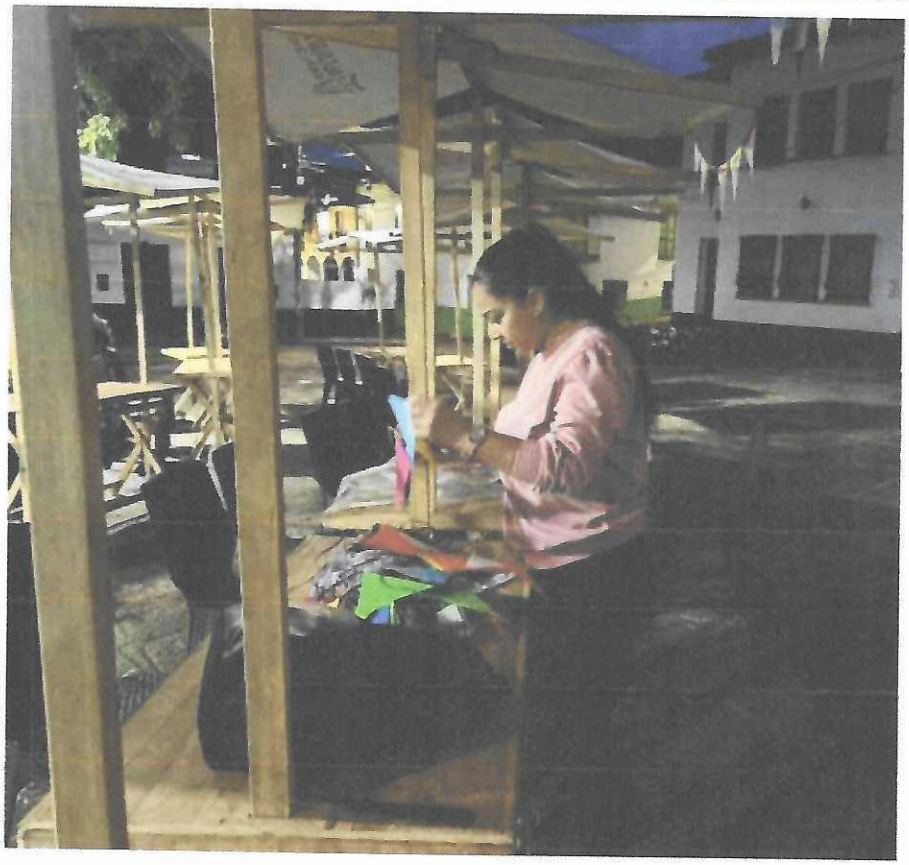




4:24 PM
+57 316 362...
2:46 p. m.
Formulación y evaluación de proyectos
2:47 p. m.
cedula.pdf
1 página • 167 kB • PDF
2:48 p. m.
9 de abril de 2026
Buenos días me regalas un correo
11:27 a. m.
Dirección
11:27 a. m.
Nombre completo
11:27 a. m.
Buenas tardes
12:08 p. m.
Ingrid Vianney Niño Martinez
12:08 p. m.
ninovianney@gmail.com
12:08 p. m.
Carrera 9 #11-52 villa vieja
Mensaje


4:22 PM
Yirly Conde
3:59 p. m.
Yirle Zuray Conde Cordero
cc 1104069603
Barrio: pescadero
Formulación y evaluación de proyectos.
4:00 p. m.
Curso de Costos y precios de un producto
Si es posible también.
Gracias.
4:00 p. m.
Reenviado
cédula yiyi.pdf
2 paginas • 102 kB • P
4:00 p. m.
20 de abril de 2026
0:13
12:01 p. m.
¡Gracias por comunicarte con
Mensaje

Anexo # 6
Registro fotográfico de feria local



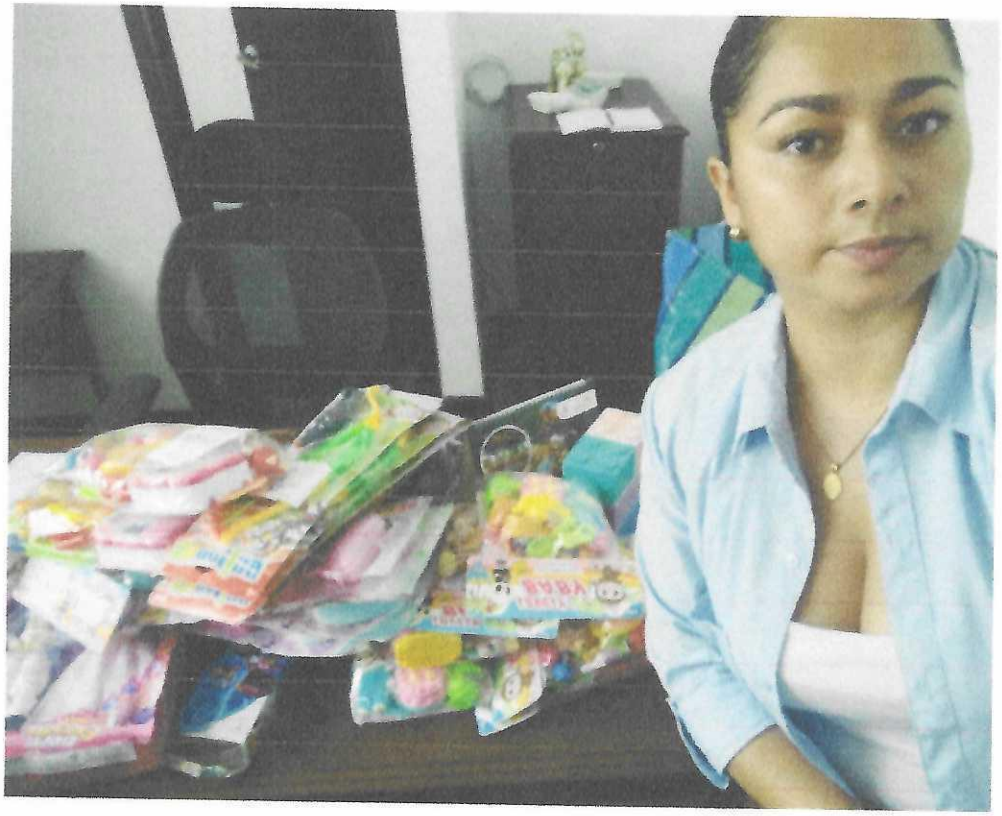






Anexo # 7
Registro fotográfico de regalos





Anexo # 8
Registro fotográfico día del niño









Banco Davivienda S.A.

# CERTIFICADO

**OIBA,**
**SANTANDER,**
COLOMBIA,
**A quien interese**

**30/04/2026**

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor EMILSE YOBANA HERNANDEZ CONTRERAS** con **Cédula de Ciudadanía** número **1104068745**

Posee en el banco Davivienda:

**CUENTA DE AHORROS DAMAS**

| | |
|---|---|
| Número | **0550049000006046** |
| Fecha de apertura | **29/06/2010** |

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

**CUENTA DE COBRO Nº 03**
**CONTRATO N°137 DEL 28 DE ENERO DE 2026**

**ALCALDÍA DE OIBA SANTANDER**
**NIT. 890.210.948-7**

**DEBE A:**

EMILSE YOBANA HERNANDEZ CONTRERAS mayor de edad, identificada con la Cédula de Ciudadanía Nº 1104068745 de OIBA, domiciliado(a) en el vereda san vicente bajo la quinta de Oiba; en el cumplimiento de las actividades contratadas y como lo detalla el informe de actividades N°03 que tiene por objeto "PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN BRINDANDO APOYO Y ACOMPAÑAMIENTO A LA SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL Y AGRICULTURA EN LOS DIFERENTES PROGRAMAS SOCIALES INMERSOS EN LA OFERTA INSTITUCIONAL DEL MUNICIPIO DE OIBA,SANTANDER" por el periodo comprendido entre el 01/04/2026 AL 30/04/2026 el valor de Dos millones Doscientos mil pesos ($2.200.000) M/CTE.

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

| TIPO | CUENTA | BANCO CORRESPONDIENTE |
|---|---|---|
| AHORROS | 0550049000006046 | DAVIVIENDA |

Emilse Yobana Hernández Contreras
CC. 1104068745 de Oiba
**CONTRATISTA**

SOI

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## COMPROBANTE DE PAGO

DAVIVIENDA

### DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CÉDULA DE CIUDADANÍA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 1104068745 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | EMILSE YOBANA HERNANDEZ CONTRERAS |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | OIBA | DEPARTAMENTO: | SANTANDER |
| DIRECCIÓN: | KRA 6 9 48 | TELÉFONO: | 7173012 |
| 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: | **5168761824** | TIPO DE PLANILLA: | | I-INDEPENDIENTES | |
| PERIODO COTIZACIÓN | MES: | marzo | PERIODO COTIZACIÓN | MES: | marzo |
| OTROS SUBSISTEMAS: | AÑO: | 2026 | SALUD: | AÑO: | 2026 |
| DÍAS DE MORA: | | 7 | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2026/04/21 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 0443946292 |

### NOVEDADES

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

### LIQUIDACIÓN GENERAL

| | | | TOTALES | |
|---|---|---|---|---|
| | | | COTIZANTES | TOTAL PAGADO |
| **PENSIÓN** | | | | |
| | | ADMINISTRADORA | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 8002248088 | 230301 | 230301-PORVENIR | 1 | $ 281.600 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 281.600** |
| **SALUD** | | | | |
| | | ADMINISTRADORA | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 9006043500 | EPS040 | EPS040 - SAVIA SALUD EPS | 1 | $ 220.000 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 220.000** |
| **RIESGOS PROFESIONALES** | | | | |
| | | ADMINISTRADORA | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 8600111536 | 14-23 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A | 1 | $ 9.300 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 9.300** |

| | |
|---|---|
| **VALOR SIN MORA:** | **$ 508.300** |
| **VALOR MORA:** | **$ 2.600** |
| **TOTAL PAGADO:** | **$ 510.900** |

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## SOPORTE DE PAGO GENERAL

SOI

DAVIVIENDA

### DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CÉDULA DE CIUDADANÍA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 1104068745 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | EMILSE YOBANA HERNANDEZ CONTRERAS |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | OIBA | DEPARTAMENTO: | SANTANDER |
| DIRECCIÓN: | KRA 6 9 48 | TELÉFONO: | 7173012 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONÓMICA: | 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: | 5168761824 | TIPO DE PLANILLA: | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS: | MES marzo AÑO 2026 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES marzo AÑO 2026 |
| DÍAS DE MORA: | 7 | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | 2026/04/21 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | 0443946292 |

### TOTAL APORTES A PENSIÓN

| CÓDIGO | ADMINISTRADORA NOMBRE | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE | FSP SOLIDARIDAD | FSP SUBSISTENCIA | MORA COTIZACIÓN | MORA FSP | TOTALES APORTES | TOTALES MORA | TOTALES VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230301 | 230301-PORVENIR | 1 | $ 280.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 1.400 | $ 0 | $ 280.200 | $ 1.400 | $ 281.600 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | **$ 280.200** | **$ 1.400** | **$ 281.600** |

### TOTAL APORTES A SALUD

| CÓDIGO | ADMINISTRADORA NOMBRE | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR | LICENCIA MATERNIDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN | LICENCIA MATERNIDAD VALOR | SALDO A FAVOR PLANILLA | SALDO A FAVOR VALOR | LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN | LIQUIDACIÓN VALOR ADRES | MORA COTIZACIÓN | MORA VALOR ADRES | TOTALES APORTES | TOTALES MORA | TOTALES DESCUENTO | TOTALES VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS040 | EPS040 - SAVIA SALUD EPS | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 218.900 | $ 0 | $ 1.100 | $ 0 | $ 218.900 | $ 1.100 | $ 0 | $ 220.000 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | | | | **$ 218.900** | **$ 1.100** | **$ 0** | **$ 220.000** |

### TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

| CÓDIGO | ADMINISTRADORA NOMBRE | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP NÚMERO AUTORIZACIÓN | INCAPACIDAD IRP VALOR | INCAPACIDAD IRP PAGO A OTROS RIESGOS | SALDO A FAVOR PLANILLA | SALDO A FAVOR VALOR | LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN | TOTALES APORTES | TOTALES MORA | TOTALES DESCUENTO | TOTALES VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 14-23 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A | 1 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 9.200 | $ 9.200 | $ 100 | $ 0 | $ 9.300 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | **$ 9.200** | **$ 100** | **$ 0** | **$ 9.300** |

### LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

| Nº | DATOS DEL COTIZANTE IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | NOVEDADES ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | CC 1104068745 | HERNANDEZ CONTRERAS EMILSE YOBANA | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | $ 1.750.905 | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | |

| Nº | SEGURIDAD SOCIAL PENSIÓN ADMIN | DIAS COT | IBC | COTIZACIÓN | FSP SUBSISTENCIA | FSP SOLIDARIDAD | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | SALUD ADMIN | DIAS COT | IBC | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | TOTAL APORTE | ARP ADMIN | DIAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE | PARAFISCALES DIAS COT | IBC | CCF ADMIN | CCF TOTAL APORTE | SENA TOTAL APORTE | ICBF TOTAL APORTE | ESAP TOTAL APORTE | MINEDU TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 230301-PORVENIR | 30 | $ 1.750.905 | $ 280.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 280.200 | EPS040 - SAVIA SALUD EPS | 30 | $ 1.750.905 | $ 218.900 | $ 0 | $ 218.900 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A | 30 | $ 1.750.905 | $110406874 | $ 9.200 | | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

**TOTAL PAGADO: $ 510.900**

BANCO DAVIVIENDA
Recaudo Planilla Asist
Fecha: 21/04/2026 Hora: 08:30:48
Jornada: Normal
Oficina: 0490
Terminal: CJ0490W101
Usuario: CD6
No.de planilla / PIN: 5168761824
Periodo liquidado: 2026/03
Forma de Pago: Efectivo
Vr. Total: $510,900.00
Costo Transaccion: $0.00
No Transaccion: 946292
Quien Realiza la Transaccion
Tipo Id: CC
Numero ID: 1104068745
Transaccion exitosa en linea:
Por favor verifique que la
Informacion impresa es correcta.

Planilla Pagada

# Recaudo de Estampillas

**Gobernación de Santander**
**Secretaría de Hacienda**

**Recibo Nº**
**2502600294623**

Contribuyente

**Trámite** CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

| | |
|---|---|
| PRO HOSPITAL | $ 44.000 |
| PRO UIS | $ 44.000 |

**Total a Pagar** $ 88.000

**Fecha de Expedición** 2026/04/30 **Fecha Limite de Pago**

Con destino a: Alcaldia de Oiba

**Contribuyente** Tipo de Doc. CC **Número** 1104068745

**Nombre** EMILSE YOBANA HERNANDEZ CONTRERAS
**Dirección** **Teléfono**
**Municipio** **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502600294623(3900)000000000088000(96)

| | |
|---|---|
| VALOR BASE | $ 2.200.000 |
| VALOR TOTAL CONTRATO | $ 19.800.000 |
| VALOR ORDEN DE PAGO | $ 2.200.000 |
| FECHA CONTRATO | 28/01/2025 |
| NRO. CONTRATO | 137 |
| NUMERO ORDEN DE PAGO | 3 |

Trámite

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

**Recaudo de Estampillas** **Recibo Nº** **2502600294623**

**Trámite** CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Con destino a: Alcaldia de Oiba

Tipo de Doc. CC
Nombre EMILSE YOBANA HERNANDEZ CONTRERAS
Dirección
Numero. 1104068745
Telefono

| | |
|---|---|
| VALOR BASE | $ 2.200.000 |
| VALOR TOTAL CONTRATO | $ 19.800.000 |
| VALOR ORDEN DE PAGO | $ 2.200.000 |
| FECHA CONTRATO | 28/01/2025 |
| NRO. CONTRATO | 137 |

| | |
|---|---|
| PRO HOSPITAL | $ 44.000 |
| PRO UIS | $ 44.000 |

**Total a Pagar** $ 88.000

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

Gobernación

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

**Recaudo de Estampillas** **Recibo Nº** **2502600294623**

**Trámite** CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Con destino a: Alcaldia de Oiba

| | |
|---|---|
| PRO HOSPITAL | $ 44.000 |
| PRO UIS | $ 44.000 |

**Total a Pagar** $ 88.000

**Contribuyente** Tipo de Doc. CC **Número** 1104068745

**Nombre** EMILSE YOBANA HERNANDEZ CONTRERAS
**Dirección** **Teléfono**
**Municipio** **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502600294623(3900)000000000088000(96)

**Fecha de Expedición** 2026/04/30
**Fecha Limite de Pago**

| | |
|---|---|
| VALOR BASE | $ 2.200.000 |
| VALOR TOTAL CONTRATO | $ 19.800.000 |
| VALOR ORDEN DE PAGO | $ 2.200.000 |
| FECHA CONTRATO | 28/01/2025 |
| NRO. CONTRATO | 137 |

Banco

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

**Recaudo de Estampillas** **Recibo Nº** **2502600294623**

**Con ribuyen e** Tipo de Doc. CC **Número** 1104068745

**Nombre** EMILSE YOBANA HERNANDEZ CONTRERAS
**Dirección** **Teléfono**
**Municipio** **Departamento**

**Trámite** CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Con destino a: Alcaldia de Oiba

**Fecha de Expedición** 2026/04/30

**Total a Pagar** $ 88.000

(415)8902012356005(8020)02502600294623(3900)000000000088000(96)

| | |
|---|---|
| PRO HOSPITAL | $ 44.000 |
| PRO UIS | $ 44.000 |

**Total Estampillas** $ 88.000

Pagado Electronicamente

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Banco Davivienda S.A.

DAVI plata

# Transacción exitosa

Destino de pago

**Departamento de Santander**

Motivo

**PSE**

Fecha y hora de la transacción

**Abril 30 de 2026 - 11:21 am**

Valor

**$88.000**

Impuestos

**$0**

Costo de la transacción

**$0 IVA incluido**

Referencia 1

**02**

Referencia 2

**8902012356**

Referencia 3

**8412**

Dirección IP

**181.225.78.238**

Código único CUS

**265996242**

Número de factura

**157544204**

Número de aprobación

**65996242**

| ORDEN DE PAGO DEL SUPERVISOR A LA SECRETARÍA DE HACIENDA MUNICIPAL | | | |
|---|---|---|---|
| I. DATOS BÁSICOS DEL CONTRATO CPS- 137-2026 | | | |
| CONTRATISTA: | EMILSE YOBANA HERNANDEZ CONTRERAS | | |
| C.C. o NIT: | 1104068745 | | |
| SUPERVISOR | PEDRO STEVEN RAMOS GIL | | |
| CARGO | SECRETARIO DE DESARROLLO SOCIAL Y AGRICULTURA | | |
| FECHA DE INICIO | 29/01/2026 | FECHA DE TERMINACIÓN | 28/10/2026 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | | | |
| PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN BRINDANDO APOYO Y ACOMPAÑAMIENTO A LA SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL Y AGRICULTURA EN LOS DIFERENTES PROGRAMAS SOCIALES INMERSOS EN LA OFERTA INSTITUCIONAL DEL MUNICIPIO DE OIBA, SANTANDER | | | |

| II. DESCRIPCIÓN DEL PAGO | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No de cuenta de cobro | 03 | Periodo a cobrar | 01/04/2026 | 30/04/2026 | Acta: | Parcial: | x |
| | | | | | | Final: | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| CDP No. | 202601200053 | RP No. | 202601290019 |
| FECHA | 20/01/2026 | FECHA | 29/01/2026 |
| RUBRO | 2.3.2.02.02.009.33.01.087 servicio de educación informal en áreas artísticas y culturales | FUENTE | 1.2.4.3.02 SGP- PROPOSITO GENERAL-CULTURA |
| CDP Adicional No. | | RP Adicional No. | |
| FECHA | | FECHA | |
| RUBRO | | FUENTE | |
| VALOR DE LA PRESENTE CUENTA DE COBRO: | $2.200.000 | VALOR EN LETRAS: | DOS MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS M/CTE |

| ESTADO DE CUENTA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | $19.800.000 | Valor acta parcial No 04 | | Valor acta parcial No 09 | |
| Adición (si lo hay) | | Valor acta parcial No 05 | | Valor acta parcial No 10 | |
| Valor acta parcial No 01 | $2.200.000 | Valor acta parcial No 06 | | Valor acta parcial No 11 | |
| Valor acta parcial No 02 | $2.200.000 | Valor acta parcial No 07 | | Valor acta parcial No 12 | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Valor acta parcial No 03 | $2.200.000 | Valor acta parcial No 08 | | Saldo (valor pendiente para pago) | $13.200.000 |

**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 |
|---|---|---|---|---|---|
| 5168761824 | MARZO | 21/04/2026 | $220.000 | $281.600 | $9.300 |
| VR. SENA | | VR. ICBF | | VR. CCF | |
| VALOR TOTAL CANCELADO APORTES | | | | $510.900 | |

**IV. ESTAMPILLA DEPARTAMENTAL**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO ESTAMPILLA | 2502600294623 | FECHA DE PAGO | 30/04/2026 | VALOR PAGADO | $88.000 |

**CUMPLIMIENTO DECRETO 2271- 2009 POR PARTE DEL CONTRATISTA**

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.

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 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 |

**CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO SUPERVISOR**

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.

**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 | |
| *c.* | Dependientes | SI | | NO | x | **Valor Mensual: $**_____ |

La presente certificación se expide a los 13 días del mes de mayo de 2026.

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 19 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,

**PEDRO STEVEN RAMOS GIL**
**SECRETARIO DE DESARROLLO SOCIAL Y AGRICULTURA**
**SUPERVISOR DEL CONTRATO**

REVISÓ: Karen Ruiz

| ORDEN DE PAGO DEL SUPERVISOR A LA SECRETARÍA DE HACIENDA MUNICIPAL | | | |
|---|---|---|---|
| I. DATOS BÁSICOS DEL CONTRATO CPS- 137-2026 | | | |
| CONTRATISTA: | EMILSE YOBANA HERNANDEZ CONTRERAS | | |
| C.C. o NIT: | 1104068745 | | |
| SUPERVISOR | PEDRO STEVEN RAMOS GIL | | |
| CARGO | SECRETARIO DE DESARROLLO SOCIAL Y AGRICULTURA | | |
| FECHA DE INICIO | **29/01/2026** | FECHA DE TERMINACIÓN | **28/10/2026** |
| OBJETO DEL CONTRATO: | | | |
| PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN BRINDANDO APOYO Y ACOMPAÑAMIENTO A LA SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL Y AGRICULTURA EN LOS DIFERENTES PROGRAMAS SOCIALES INMERSOS EN LA OFERTA INSTITUCIONAL DEL MUNICIPIO DE OIBA, SANTANDER | | | |

| II. DESCRIPCIÓN DEL PAGO | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No de cuenta de cobro | 03 | Periodo a cobrar | 01/04/2026 | 30/04/2026 | Acta: | Parcial: | x |
| | | | | | | Final: | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| CDP No. | 202601200053 | RP No. | 202601290019 |
| FECHA | 20/01/2026 | FECHA | 29/01/2026 |
| RUBRO | 2.3.2.02.02.009.33.01.087 servicio de educación informal en áreas artísticas y culturales | FUENTE | 1.2.4.3.02 SGP- PROPOSITO GENERAL-CULTURA |
| CDP Adicional No. | | RP Adicional No. | |
| FECHA | | FECHA | |
| RUBRO | | FUENTE | |
| VALOR DE LA PRESENTE CUENTA DE COBRO: | $2.200.000 | VALOR EN LETRAS: | DOS MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS M/CTE |

| ESTADO DE CUENTA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | $19.800.000 | Valor acta parcial No 04 | | Valor acta parcial No 09 | |
| Adición (si lo hay) | | Valor acta parcial No 05 | | Valor acta parcial No 10 | |
| Valor acta parcial No 01 | $2.200.000 | Valor acta parcial No 06 | | Valor acta parcial No 11 | |
| Valor acta parcial No 02 | $2.200.000 | Valor acta parcial No 07 | | Valor acta parcial No 12 | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Valor acta parcial No 03 | $2.200.000 | Valor acta parcial No 08 | | Saldo (valor pendiente para pago) | $13.200.000 |

**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 |
|---|---|---|---|---|---|
| 5168761824 | MARZO | 21/04/2026 | $220.000 | $281.600 | $9.300 |
| VR. SENA | | VR. ICBF | | VR. CCF | |
| VALOR TOTAL CANCELADO APORTES | | | | $510.900 | |

**IV. ESTAMPILLA DEPARTAMENTAL**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO ESTAMPILLA | 2502600294623 | FECHA DE PAGO | 30/04/2026 | VALOR PAGADO | $88.000 |

| 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:<br>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 | |
| *c.* | Dependientes | SI | | NO | x | **Valor Mensual: $**_____ |

La presente certificación se expide a los 13 días del mes de mayo de 2026.

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 19 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,

**PEDRO STEVEN RAMOS GIL**
**SECRETARIO DE DESARROLLO SOCIAL Y AGRICULTURA**
**SUPERVISOR DEL CONTRATO**

REVISÓ: Ibeth Ruiz.

Oiba, Santander, 13 de mayo de 2026

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, EMILSE YOBANA HERNANDEZ CONTRERAS, identificado con Cedula de Ciudadanía No. 1104068745 expedida en el Oiba – Santander, obrando en nombre propio, me permito declarar bajo la gravedad de juramento que en el momento del Acta de Pago Parcial No. 03 correspondiente a la ejecución del Contrato de Prestación de servicios apoyo a la gestión No. 137 cuyo objeto es PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN BRINDANDO APOYO Y ACOMPAÑAMIENTO A LA SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL Y AGRICULTURA EN LOS DIFERENTES PROGRAMAS SOCIALES INMERSOS EN LA OFERTA INSTITUCIONAL DEL MUNICIPIO DE OIBA, SANTANDER, 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,

EMILSE YOBANA HERNANDEZ CONTRERAS
C.C. 1104068745 Expedida en Oiba- Santander
Contratista