



ALCALDÍA
MUNICIPAL DE OIBA
NIT: 890210948-7

FORMATO CONTROL DE DOCUMENTO DE PAGOS

Versión 02:
Código: F-PA-GJC-01

CONTRATISTA				CONTRATO N°
SANTOS YANET DUARTE CARDENAS				156 DE 2026
PAGO				PERIODO DE EJECUCIÓN
NUMERO	03	DE	07	23/04/2026 – 22/05/2026

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	

Hacienda. Esa Sanaia I

28-05-2026

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 secretaría 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	SANTOS YANET DUARTE CARDENAS				C.C. / NIT	28.169.087	
Nº CONTRATO	156 DE 2026	PERIODO EJECUCION	DESDE	23/04/2026	HASTA	22/05/2026	
OBJETO DEL CONTRATO							
"PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE HOGAR DE PASO MODALIDAD FAMILIA PARA LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES QUE DE ACUERDO A LA COMISARÁ DE FAMILIA SE ENCUENTREN EN CONDICIÓN DE VULNERABILIDAD O AMENAZA DE SUS DERECHOS EN EL MUNICIPIO DE OIBA.							
NÚMERO DE PAGO	03			DE:	07		
NOMBRE DEL SUPERVISOR Y CARGO:	YULY ANDREA RINCÓN RODRIGUEZ COMISARIA DE FAMILIA						
DESCRIPCIÓN DE OBLIGACIONES Y ACTIVIDADES DURANTE EL RESPECTIVO PERIODO							
OBLIGACIONES DEL CONTRATO	DETALLAR LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL RESPECTIVO PERIODO				EVIDENCIA		
1. Prestar servicio de acompañamiento para amparar bajo medidas de protección por parte de la autoridad administrativa para la atención integral y provisional en situaciones de amenaza, inobservancia o vulneración de derechos, brindándoles un ambiente afectivo y las condiciones para la restitución y garantía de derechos.	Se brinda acompañamiento continuo al menor E.J.B.H. durante los días 23 y 24 de abril y al joven M.Y.M.B. desde el día 15 de abril hasta la fecha, garantizando su protección y bienestar durante su permanencia, mediante una atención integral que favorece la recuperación de sus derechos en un entorno seguro y afectivo.				Se brinda acompañamiento continuo, garantizando la protección y bienestar durante la permanencia, mediante una atención integral que favorece la recuperación de sus derechos en un entorno seguro y afectivo.		
2. Brindar espacios habitacionales dormitorios, baños, cocina para la ubicación de los niños y adolescentes que ingresan al hogar de paso ofreciendo condiciones dignas de alojamiento en aspectos ambientales, de distribución, organización y aseo.	Se brindan espacios habitacionales adecuados como dormitorios, baños y cocina para la ubicación del menor E.J.B.H. quien ingresa al hogar de paso durante los días 23 y 24 de abril al igual que el joven M.Y.M.B. desde el día 15 de abril hasta la fecha, garantizando condiciones dignas en cuanto a ambiente, distribución, organización y aseo.				ANEXO 1. Se anexa fotografías de los espacios brindados para el servicio del hogar de paso (comedor, cocina, sala, mesa de estudio, baño y habitación)		

<p>3. Prestar servicio de atención y cuidado indispensable para garantizar su desarrollo físico, moral, emocional y social.</p>	<p>Se presta un servicio de atención y cuidado permanente, asegurando el bienestar integral del menor E.J.B.H. durante los días de su estadía (23 y 24 de abril) de igual manera con el joven M.Y.M.B. desde el día 15 de abril hasta la fecha. Promoviendo su desarrollo físico, moral, emocional y social mediante el acompañamiento continuo y la satisfacción de sus necesidades básicas.</p>	<p>Se presta un servicio de atención y cuidado permanente, asegurando el bienestar integral y promoviendo su desarrollo físico, moral, emocional y social mediante el acompañamiento continuo y la satisfacción de sus necesidades básicas.</p>
<p>4. Prestar servicio de acompañamiento en evitar que los niños, niñas y adolescentes sean inmersos en cualquier situación de amenaza, vulneración o inobservancia de sus derechos que puedan afectar su salud física y emocional.</p>	<p>Se implementan acciones de prevención y acompañamiento para proteger a E.J.B.H. de cualquier situación que pueda afectar su integridad, promoviendo entornos seguros y saludables, durante los días 23 y 24 de abril. De este mismo modo se implementa la prestación del servicio de prevención y acompañamiento al joven M.Y.M.B. desde el día 15 de abril hasta la fecha.</p>	<p>Se realiza acompañamiento constante con el fin de prevenir situaciones que puedan poner en riesgo los derechos, velando por su protección y evitando cualquier tipo de amenaza, vulneración o inobservancia que afecte su salud física y emocional.</p>
<p>5. Prestar servicio para permitir el seguimiento del equipo interdisciplinario de la Comisaría de familia, servidores del ICBF o demás personas autorizadas que intervengan en el proceso administrativo de restablecimientos de derechos por parte de la Entidad en la prestación del servicio público, en la atención brindada a los niños, niñas o adolescentes ubicados en el hogar de paso.</p>	<p>Se permite y facilita el seguimiento por parte del equipo interdisciplinario de la Comisaría de Familia, servidores del ICBF y demás personas autorizadas, garantizando el acceso a la información y a los espacios necesarios para el desarrollo del proceso administrativo de restablecimiento de derechos del menor E.J.B.H. durante sus días de estadía 23 y 24 de abril. Asimismo, se permite y facilita el seguimiento por parte de las diferentes entidades al joven M.Y.M.B. desde el día 15 de abril hasta la fecha.</p>	<p>ANEXO 2. Se anexa fotografía de la asistencia del menor E.J.B.H. y el joven M.Y.M.B a seguimiento y control con comisaría, psicología y familiar responsable.</p>
<p>6. Prestar servicio de atención integral mediante un plan de trabajo que incluya atención a los niños, niñas y adolescentes en componentes de nutrición, salud, educación, pedagogía, recreación, deporte, cultura y atención psicosocial.</p>	<p>Se desarrolla una atención integral al menor E.J.B.H. durante los días 23 y 24 y al joven M.Y.M.B. desde el día 15 de abril hasta la fecha de abril, a través de actividades planificadas que abarcan áreas fundamentales como alimentación, salud, formación académica, espacios pedagógicos, recreación, deporte, cultura y apoyo emocional, contribuyendo al</p>	<p>ANEXO 3. Se realiza anexo fotográfico de las actividades planificadas como asistencia médica, menú semanal, asistencia académica y desarrollo de tareas escolares de acuerdo con las necesidades, derechos y deberes de cada menor.</p>

	bienestar general de los niños, niñas y adolescentes.	
7. Mantener informado a la Comisaría de familia y/o profesionales del equipo interdisciplinario (psicóloga y trabajadora social) acerca del estado general del niño, niña o adolescente o de forma inmediata en caso de presentarse cualquier circunstancia que afecte la prestación del servicio o ponga en riesgo la integridad física o emocional de los mismos.	Se mantiene comunicación permanente con las autoridades competentes, informando oportunamente sobre la condición y evolución del menor E.J.B.H. durante los días 23 y 24 de abril y al joven M.Y.M.B. desde el día 15 de abril hasta la fecha, así como cualquier situación que pueda afectar su bienestar o la adecuada prestación del servicio.	Se mantiene comunicación permanente con las autoridades competentes, informando oportunamente sobre la condición y evolución del menor E.J.B.H. y el joven M.Y.M.B, así como cualquier situación que pueda afectar su bienestar o la adecuada prestación del servicio
8. Entregar al niño, niña o adolescente en el momento en que la Comisaría de Familia o autoridades administrativas autorizadas lo ordene, con los respectivos documentos, soportes de atenciones (médica, nutricional, psicológica, educativa) que se hayan generado durante el tránsito por el hogar de paso.	Se realiza la entrega del menor E.J.B.H. el día 24 de abril conforme a las disposiciones de la autoridad competente, adjuntando los registros y evidencias de las atenciones recibidas durante su permanencia. Por otra parte, el joven M.Y.M.B. desde el día 15 de abril hasta la fecha continua bajo la protección de comisaría de familia y autoridades competentes.	ANEXO 4. Se anexa fotografía del día de entrega del menor E.J.B.H. a comisaría de familia. Por otra parte, se sigue brindando acompañamiento y protección al joven M.Y.M.B.
9. Prestar el servicio de acompañamiento en el suministro diario a los niños, niñas y adolescentes que requieran del servicio, el alojamiento, alimentación de tres (3) comidas principales y dos (2) comidas intermedias, acorde con el ciclo vital, desarrollo y condiciones nutricionales.	Se garantiza diariamente el cubrimiento de las necesidades básicas de alojamiento y alimentación, proporcionando comidas balanceadas según la edad y condiciones del menor E.J.B.H., con el debido acompañamiento durante estos espacios en los días 23 y 24 de abril. De igual manera se garantiza la prestación de servicio al joven M.Y.M.B. desde el día 15 de abril hasta la fecha.	ANEXO 5. Se anexa algunas fotografías de los diferentes alimentos proporcionados al menor E.J.B.H. y al joven M.Y.M.B. (desayuno, almuerzo, onces, comida)
10. Brindar un ambiente socio familiar, respetuoso con adecuadas relaciones familiares.	Durante la estadía del menor E.J.B.H., en las fechas 23 y 24 de abril, y el joven M.Y.M.B. desde el día 15 de abril hasta la fecha se propicia un entorno de convivencia armónica, basado en el respeto y el fortalecimiento de vínculos, favoreciendo un ambiente similar al familiar.	ANEXO 6. Se anexa fotografías de algunos momentos compartidos con el menor E.J.B.H. y al joven M.Y.M.B. (ver películas, bailar)
11. Brindar una comunicación asertiva y acogimiento e inclusión como parte de la familia.	Se fomenta una comunicación clara, respetuosa y afectiva, promoviendo la integración del menor E.J.B.H. durante su estadía, 23 y 24 de abril,	Se fomenta una comunicación clara, respetuosa y afectiva, promoviendo la integración dentro del entorno, haciéndolos

	asimismo al joven M.Y.M.B. desde el día 15 de abril hasta la fecha, dentro del entorno, haciéndolo sentir parte importante del grupo familiar.	sentir parte importante del grupo familiar.
12. Prestar la orientación a las personas para desarrollar las capacidades que les resolver sus problemas sociales, individuales y/o colectivos	Se ofrece acompañamiento y asesoría al menor E.J.B.H. durante la fecha 23 y 24 de abril, y al joven M.Y.M.B. desde el día 15 de abril hasta la fecha, fortaleciendo sus habilidades para afrontar y solucionar dificultades personales, sociales o familiares de manera adecuada.	Se ofrece acompañamiento y asesoría, fortaleciendo sus habilidades para afrontar y solucionar dificultades personales, sociales o familiares de manera adecuada.
13. Prestar el servicio de acuerdo con los casos que se presenten y ameriten la intervención mediante el hogar de paso.	Se brinda atención al menor E.J.B.H. durante sus días de estadía 23 y 24 de abril y al joven M.Y.M.B. desde el día 15 de abril hasta la fecha de acuerdo con las situaciones que se presenten, respondiendo oportunamente a los casos que requieren intervención a través del hogar de paso.	La atención se brinda de acuerdo con las situaciones que se presenten, respondiendo oportunamente a los casos que requieren intervención a través del hogar de paso.
14. Prestar el servicio de forma inmediata y provisional en el hogar de paso con instalaciones locativas que reúna las condiciones necesarias para el desarrollo integral de los niños, niñas adolescentes del municipio de Oiba, Santander, que requieran del servicio en los procesos de restablecimiento de derechos y protección integral, situación de abandono y peligro, niños desamparados, maltratados por la violencia intrafamiliar, social y de bajos recursos económicos, bajo su cuidado.	Se garantiza la acogida inmediata y temporal del menor E.J.B.H. durante los días 23 y 24 de abril en un espacio adecuado, que cumple con las condiciones necesarias para su bienestar de manera integral. De igual modo se garantiza la acogida inmediata y temporal al joven M.Y.M.B. desde el día 15 de abril hasta la fecha.	ANEXO 7. Se anexa fotografía del recibimiento del menor E.J.B.H. y el joven M.Y.M.B organizando sus cosas al llegar al hogar de paso.
15. Brindarles actividades recreativas a los niños, niñas y adolescentes bajo su cuidado, según la necesidad.	Se desarrollan actividades lúdicas y recreativas que favorecen el esparcimiento, la integración y el bienestar emocional del menor E.J.B.H. durante el día 23 y 24 de abril. Así mismo con el joven M.Y.M.B. desde el día 15 de abril hasta la fecha	ANEXO 8. Se anexan fotografías de diferentes salidas realizadas con el menor E.J.B.H. Así mismo del joven M.Y.M.B.
16. Brindarles, útiles de aseo personales y dotación de ropa a los niños, niñas y adolescentes bajo su Cuidado, según la necesidad.	Se suministran elementos básicos de higiene personal, de acuerdo con las necesidades del menor E.J.B.H.	ANEXO 9. Se anexa foto de los implementos de aseo suministrados al menor

	durante los días 23 y 24 de abril, garantizando condiciones dignas durante su permanencia durante su estadía. De igual manera al joven M.Y.M.B. desde el día 15 de abril hasta la fecha.	E.J.B.H. de igual manera con el joven M.Y.M.B.
17. Cumplir con las demás obligaciones estipuladas en los lineamientos técnico administrativos de hogares de paso del ICBF o las demás actividades que solicite la Comisaría de Familia del municipio de Oiba, con el fin de garantizar el máximo nivel de satisfacción de los derechos de los niños, niñas o adolescentes que se encuentren bajo Medida de Protección en el Hogar de Paso.	Se da cumplimiento a los lineamientos establecidos por las entidades competentes y a las orientaciones emitidas por la Comisaría de Familia, asegurando una atención adecuada que contribuya a la garantía y restablecimiento de los derechos del menor E.J.B.H. durante sus días de estadía, 23 y 24 de abril. De igual modo, se da el cumplimiento a los lineamientos establecidos durante la estadía del joven M.Y.M.B. desde el día 15 de abril hasta la fecha.	Se da cumplimiento a los lineamientos establecidos por las entidades competentes y a las orientaciones emitidas por la Comisaría de Familia, asegurando una atención adecuada que contribuya a la garantía y restablecimiento de los derechos del menor M.F.M.P.

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.

Janeth Duarte C.
SANTOS YANET DUARTE CARDENAS
 CC 28.169.087 DE GUADALUPE
 CONTRATISTA

†

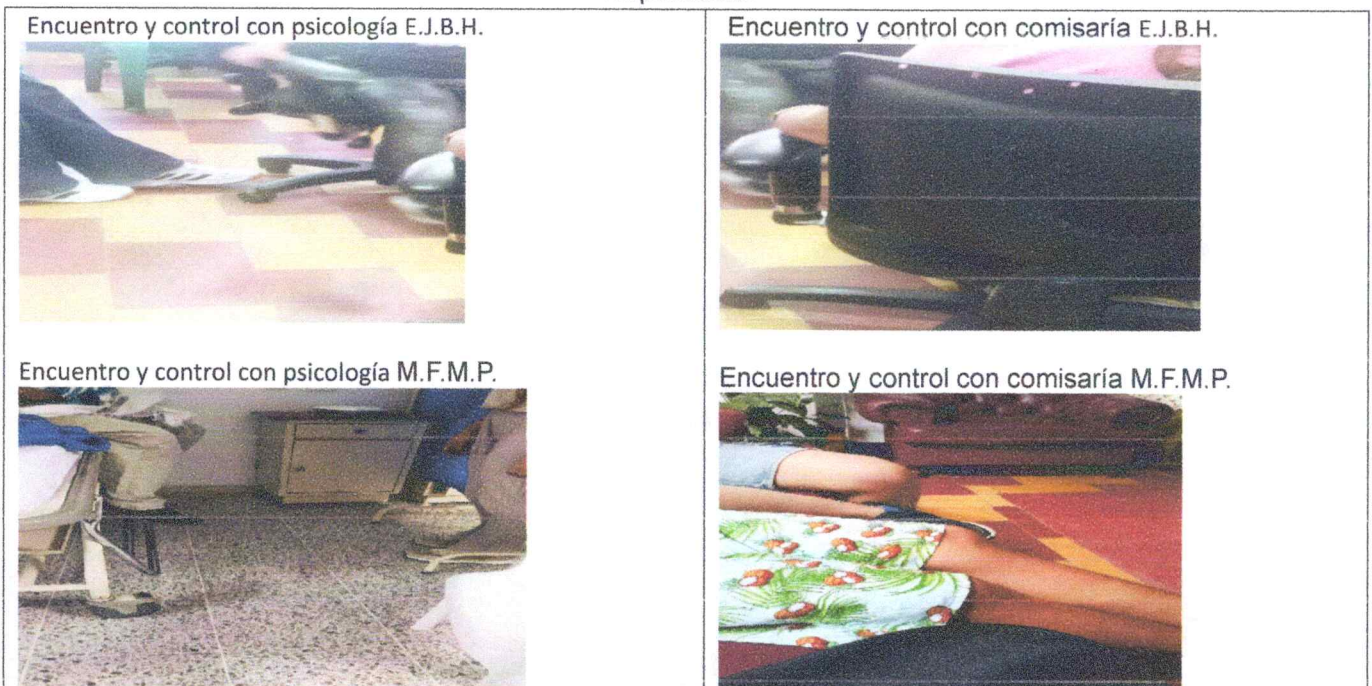
ANEXO FOTOGRAFICO 1.

Se anexa fotografías de los espacios brindados para el servicio del hogar de paso (comedor, cocina, sala, mesa de estudio, baño y habitación)



ANEXO FOTOGRAFICO 2.

Se anexa fotografía de la asistencia del menor a seguimiento y control con comisaría, psicología y familiar responsable.





ANEXO FOTOGRAFICO 3.

Se realiza anexo fotográfico de las actividades planificadas como asistencia médica, menú semanal, asistencia académica y desarrollo de tareas escolares

Menú comida nutricional durante estadía

3 marzo	Desayuno • Café con leche • Pan tostado • Mermelada	Almuerzo • Arroz blanco • Pollo cocido • Frijoles cocidos • Papa cocida • Lechuga • Maíz cocido	Cena • Pollo cocido • Arroz blanco • Frijoles cocidos • Papa cocida • Lechuga • Maíz cocido
4 marzo	Desayuno • Café con leche • Pan tostado • Mermelada	Almuerzo • Arroz blanco • Pollo cocido • Frijoles cocidos • Papa cocida • Lechuga • Maíz cocido	Cena • Pollo cocido • Arroz blanco • Frijoles cocidos • Papa cocida • Lechuga • Maíz cocido
5 marzo	Desayuno • Café con leche • Pan tostado • Mermelada	Almuerzo • Arroz blanco • Pollo cocido • Frijoles cocidos • Papa cocida • Lechuga • Maíz cocido	Cena • Pollo cocido • Arroz blanco • Frijoles cocidos • Papa cocida • Lechuga • Maíz cocido
6 marzo	Desayuno • Café con leche • Pan tostado • Mermelada	Almuerzo • Arroz blanco • Pollo cocido • Frijoles cocidos • Papa cocida • Lechuga • Maíz cocido	Cena • Pollo cocido • Arroz blanco • Frijoles cocidos • Papa cocida • Lechuga • Maíz cocido
7 marzo	Desayuno • Café con leche • Pan tostado • Mermelada	Almuerzo • Arroz blanco • Pollo cocido • Frijoles cocidos • Papa cocida • Lechuga • Maíz cocido	Cena • Pollo cocido • Arroz blanco • Frijoles cocidos • Papa cocida • Lechuga • Maíz cocido
8 marzo	Desayuno • Café con leche • Pan tostado • Mermelada	Almuerzo • Arroz blanco • Pollo cocido • Frijoles cocidos • Papa cocida • Lechuga • Maíz cocido	Cena • Pollo cocido • Arroz blanco • Frijoles cocidos • Papa cocida • Lechuga • Maíz cocido
9 marzo	Desayuno • Café con leche • Pan tostado • Mermelada	Almuerzo • Arroz blanco • Pollo cocido • Frijoles cocidos • Papa cocida • Lechuga • Maíz cocido	Cena • Pollo cocido • Arroz blanco • Frijoles cocidos • Papa cocida • Lechuga • Maíz cocido
10 marzo	Desayuno • Café con leche • Pan tostado • Mermelada	Almuerzo • Arroz blanco • Pollo cocido • Frijoles cocidos • Papa cocida • Lechuga • Maíz cocido	Cena • Pollo cocido • Arroz blanco • Frijoles cocidos • Papa cocida • Lechuga • Maíz cocido
11 marzo	Desayuno • Café con leche • Pan tostado • Mermelada	Almuerzo • Arroz blanco • Pollo cocido • Frijoles cocidos • Papa cocida • Lechuga • Maíz cocido	Cena • Pollo cocido • Arroz blanco • Frijoles cocidos • Papa cocida • Lechuga • Maíz cocido
12 marzo	Desayuno • Café con leche • Pan tostado • Mermelada	Almuerzo • Arroz blanco • Pollo cocido • Frijoles cocidos • Papa cocida • Lechuga • Maíz cocido	Cena • Pollo cocido • Arroz blanco • Frijoles cocidos • Papa cocida • Lechuga • Maíz cocido
13 marzo	Desayuno • Café con leche • Pan tostado • Mermelada	Almuerzo • Arroz blanco • Pollo cocido • Frijoles cocidos • Papa cocida • Lechuga • Maíz cocido	Cena • Pollo cocido • Arroz blanco • Frijoles cocidos • Papa cocida • Lechuga • Maíz cocido
14 marzo	Desayuno • Café con leche • Pan tostado • Mermelada	Almuerzo • Arroz blanco • Pollo cocido • Frijoles cocidos • Papa cocida • Lechuga • Maíz cocido	Cena • Pollo cocido • Arroz blanco • Frijoles cocidos • Papa cocida • Lechuga • Maíz cocido
15 marzo	Desayuno • Café con leche • Pan tostado • Mermelada	Almuerzo • Arroz blanco • Pollo cocido • Frijoles cocidos • Papa cocida • Lechuga • Maíz cocido	Cena • Pollo cocido • Arroz blanco • Frijoles cocidos • Papa cocida • Lechuga • Maíz cocido
16 marzo	Desayuno • Café con leche • Pan tostado • Mermelada	Almuerzo • Arroz blanco • Pollo cocido • Frijoles cocidos • Papa cocida • Lechuga • Maíz cocido	Cena • Pollo cocido • Arroz blanco • Frijoles cocidos • Papa cocida • Lechuga • Maíz cocido

Desarrollo de tareas escolares E.J.B.H.



Asistencia académica E.J.B.H.



Asistencia a citas médicas y control E.J.B.H.



Asistencia a citas médicas y control M.F.M.P.



ANEXO FOTOGRAFICO 4.

Se anexa fotografía del día de entrega del menor a comisaría de familia.

Entrega del menor E.J.B.H. a comisaría de familia



ANEXO FOTOGRAFICO 5.

Se anexa algunas fotografías de los diferentes alimentos proporcionados al menor (desayuno, almuerzo, onces, comida)

Soporte fotográfico que algunas comidas

Desayunos E.J.B.H.



Almuerzos E.J.B.H.



Desayunos M.F.M.P.



Almuerzos M.F.M.P.





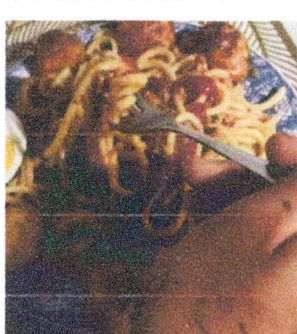
Comidas E.J.B.H.



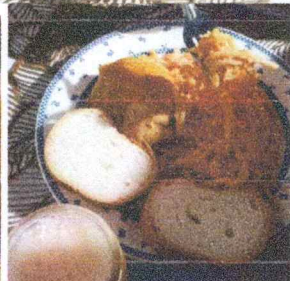
Refrigerios E.J.B.H.



Comidas M.F.M.P.



Refrigerios M.F.M.P.



ANEXO FOTOGRAFICO 6.

Se anexa fotografías de algunos momentos compartidos con el menor (ver películas, bailar)

E.J.B.H.



M.F.M.P



ANEXO FOTOGRAFICO 7.

Se anexa fotografía del recibimiento del menor organizando sus cosas al llegar al hogar de paso.

E.J.B.H.

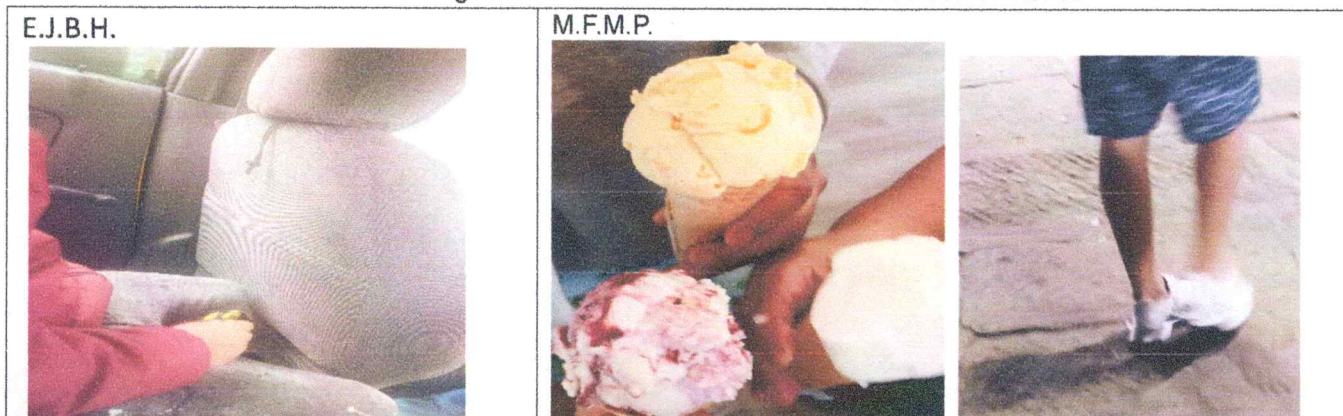


M.F.M.P.



ANEXO FOTOGRAFICO 8.

Se anexan fotografías de diferentes salidas realizadas con el menor.



ANEXO FOTOGRAFICO 9.

Se anexa foto de los implementos de aseo suministrados al menor





Banco Agrario de Colombia

El Banco que hace crecer el campo

Nit : 800.037.800-8

CERTIFICACION

El Banco Agrario de Colombia, certifica que: DUARTE CARDENAS SANTOS YANET, identificado(a) con CEDULA DE CIUDADANIA No. 28169087 de GUADALUPE, se encuentra vinculado(a) con nuestra entidad con el producto de: AHO - CUENTAS AHORROS, número 4-605-42-00910-2, fecha de apertura: 08/22/2011.

Se expide en OIBA, a los doce (12) días del mes de febrero de 2025, con destino a: ALCALDIA MUNICIPAL DE OIBA



CUENTA DE COBRO No. 03
CONTRATO N° 156 DE FEBRERO 23 DEL 2026

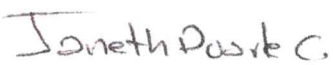
ALCALDÍA DE OIBA SANTANDER
NIT. 890.210.948-7

DEBE A:

SANTOS YANETH DUARTE CARDENAS, mayor de edad, identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 28.169.087 de Guadalupe, domiciliado en la calle 07 # 9 - 68 Barrio La Feria. En el cumplimiento de las actividades contratadas y como lo detalla el informe de actividades No. 03 que tiene por objeto **“PRESTACION DE SERVICIOS DE HOGAR DE PASO MODALIDAD FAMILIA PARA LOS NIÑOS Y NIÑAS, ADOLESCENTES, QUE DE ACUERDO A LA COMISARÍA DE FAMILIA SE ENCUENTREN EN CONDICIÓN DE VULNERABILIDAD O AMENAZA DE SUS DERECHOS, EN EL MUNICIPIO DE OIBA”**, por el periodo comprendido entre el 23 de ABRIL de 2026 y el 22 de MAYO de 2026, el valor de **DOS MILLONES DE PESOS M/CTE (\$2.000.000.00)**.

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

TIPO	CUENTA	BANCO CORRESPONDIENTE
Ahorros	460542009102	BANCO AGRARIO


SANTOS YANETH DUARTE CARDENAS
C.C. No. 28.169.087 de GUADALUPE
CONTRATISTA



PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO



DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 28169087
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	SANTOS YANET DUERTE CARDENAS	
CIUDAD/MUNICIPIO:	BUCARAMANGA DEPARTAMENTO:	SANTANDER
DIRECCIÓN:	CR 7 A 11 58	TÉLEFONO: 7173458
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:	1751094476	TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN:	MES: abril	PERIODO COTIZACIÓN: MES: abril
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2026	SALUD: AÑO: 2026
DÍAS DE MORA:	4	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/05/26	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 0783938915

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				
9003360047	25-14	25-14 COLPENSIONES			1	\$ 281.100
SUBTOTAL:					1	\$ 281.100
SALUD						
ADMINISTRADORA						
NIT	CÓDIGO	NOMBRE				
9002267153	ESSC24	ESSC24-COOSALUD ESS			1	\$ 219.600
SUBTOTAL:					1	\$ 219.600
RIESGOS PROFESIONALES						
ADMINISTRADORA						
NIT	CÓDIGO	NOMBRE				
8600111536	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A			1	\$ 9.300
SUBTOTAL:					1	\$ 9.300

RECIBO DAVIVIENDA
Recaudo Planilla Asist
Fecha: 26/05/2026 Hora: 15:46:29
Jornada: Normal
Oficina: 0490
Terminal: CJO490W101
Usuario: IP8
No. de planilla / PIN: 1751094476
Periodo Liquidado: 2026/04
Forma de Pago: Efectivo
Vr. Total: \$510,000.00
Costo Transaccion: \$0.00
No Transaccion: 938915
Tipo Id: Quien Realiza la Transaccion
Numero ID: CC 28169087
Transaccion exitosa en linea:
Por favor verifique que la
informacion impresa es correcta

VALOR SIN MORA:	\$ 508.300
VALOR MORA:	\$ 1.700
TOTAL PAGADO:	\$ 510.000



PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL



DATOS GENERALES DEL APORTANTE										DATOS GENERALES DE LA PLANILLA									
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	28189067	NÚMERO PLANILLA:	1751084476	TIPO DE PLANILLA:	INDEPENDIENTES	PERÍODO COTIZACIÓN OTROS:	MES	abril AÑO	2020	PERÍODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	abril AÑO	2020	FECHA PAGO (delante/atrás):	2020/05/05	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	0783028515
NOMBRE D RAZÓN SOCIAL:	BUCCARAMANGA	DEPARTAMENTO:	SANTANDER	PERÍODO COTIZACIÓN OTROS:	MES	abril AÑO	2020	FECHA PAGO (delante/atrás):	2020/05/05	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	0783028515	TIPO DE PLANILLA:	INDEPENDIENTES	PERÍODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	abril AÑO	2020	FECHA PAGO (delante/atrás):	2020/05/05
DIRECCIÓN:	CR 7 A 11 58	TELÉFONO:	7173468	PERÍODO COTIZACIÓN OTROS:	MES	abril AÑO	2020	FECHA PAGO (delante/atrás):	2020/05/05	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	0783028515	TIPO DE PLANILLA:	INDEPENDIENTES	PERÍODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	abril AÑO	2020	FECHA PAGO (delante/atrás):	2020/05/05
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASIFICACIÓN APORTANTE:	PRIVADA	PERÍODO COTIZACIÓN OTROS:	MES	abril AÑO	2020	FECHA PAGO (delante/atrás):	2020/05/05	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	0783028515	TIPO DE PLANILLA:	INDEPENDIENTES	PERÍODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	abril AÑO	2020	FECHA PAGO (delante/atrás):	2020/05/05
TIPO EMPRESA:	FORMA DE PRESENTACIÓN:	ACTIVIDAD ECONÓMICA:	OTROS	PERÍODO COTIZACIÓN OTROS:	MES	abril AÑO	2020	FECHA PAGO (delante/atrás):	2020/05/05	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	0783028515	TIPO DE PLANILLA:	INDEPENDIENTES	PERÍODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	abril AÑO	2020	FECHA PAGO (delante/atrás):	2020/05/05
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO																		

TOTAL APORTES A PENSION																
ADMINISTRADORA		NOMBRE	Nº. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		SOLIDARIDAD	FSP	SUBSISTENCIA	MORA	APORTES		MORA	TOTALES		
CÓDIGO					EMPLEADOR	COTIZANTE					COTIZACIÓN	FSP				
25-14	25-14 COLPENSACIONES		1	\$ 280.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	
SUBTOTAL BR:					\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	

TOTAL APORTES A SALUD																	
ADMINISTRADORA		NOMBRE	Nº COTIZANTES	INGAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO				NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR AGRES	COTIZACIÓN	VALOR AGRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSACIONES		1	\$ 0			\$ 0		\$ 0	\$ 218.900	\$ 0	\$ 750	\$ 0	\$ 218.900	\$ 750	\$ 0	\$ 218.900
SUBTOTAL:									\$ 0	\$ 218.900				\$ 218.900	\$ 750	\$ 0	\$ 218.900

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES													
CÓDIGO	ADMINISTRADORA	NOMBRE	Nº. COTIZANTES	INGAPACIDAD RPP		BALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	APORTES	MORA	TOTALES DEBOGANDO	VALOR PAGADO	
				VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR						
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A		1	\$ 0	\$ 0		\$ 0	\$ 9.200	\$ 9.200	\$ 100	\$ 0	\$ 9.300	
SUBTOTAL:								\$ 9.200	\$ 9.200	\$ 100	\$ 0	\$ 9.300	

DATOS DEL COTIZANTE										LIQUIDACIÓN DE LA PLANILLA APORTES									
Nº. IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	INGAPACIDAD POR ENFERMEDAD	INGAPACIDAD RPP	INGAPACIDAD POR ENFERMEDAD	INGAPACIDAD RPP	PENSIÓN	APORTES VOLUNTARIOS	INDICADOR TASA ESPECIAL	TOTAL APORTES	ADMINISTRADORA	INGAPACIDAD RPP	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	LIQUIDACIÓN
28189067	YANET DUARTE CARDENAS	INDEPENDIENTE	CONTRATO DE SERVIDOR	\$ 1.750.905	NO	NO	NO	NO	NO	25-14 COLPENSACIONES	NO	Normal	\$ 280.200	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	NO	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
SUBTOTAL:																			

TOTAL PAGADO: \$ 510.000

Recaudo de Estampillas

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recibo N°
2502600345056

Contribuyente

Trámite CONTRATOS - ORDENES DE PRESTACION DE SERVICIOS Y CONTRATOS DE ADICION

PRO HOSPITAL
PRO UIS

\$40.000
\$40.000



Total a Pagar \$80.000

Fecha de Expedición 2026/05/22

Fecha Límite de Pago 2026/05/28

Con destino a: Alcaldía de Oiba /

Contribuyente Tipo de Doc. C.C. Número 28169087

Nombre SANTOS YANETH DUARTE CARDENAS

Dirección

Teléfono

Municipio

Departamento



(415)7709998038639(8020)02502600345056(3900)00000000080000(96)20260528

VALOR TOTAL CONTRATO	13.874.999
FECHA CONTRATO	15/05/2025
VALOR ORDEN DE PAGO	2.000.000
NUMERO ORDEN DE PAGO	3
VALOR BASE	2.000.000
NRO. CONTRATO	164



Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo N°

2502600345056

Trámite

Trámite CONTRATOS - ORDENES DE PRESTACION DE SERVICIOS Y CONTRATOS DE ADICION

Con destino a: Alcaldía de Oiba

Tipo de Doc. C.C.
Nombre: SANTOS YANETH DUARTE CARDENAS
Dirección:

Número: 28169087
Teléfono:

VALOR TOTAL CONTRATO	13.874.999
FECHA CONTRATO	15/05/2025
VALOR ORDEN DE PAGO	2.000.000
NUMERO ORDEN DE PAGO	3
VALOR BASE	2.000.000
NRO. CONTRATO	164

PRO HOSPITAL
PRO UIS

\$40.000
\$40.000

Total a Pagar \$80.000

 ALCALDÍA MUNICIPAL DE OIBA NIT: 890210948-7	FORMATO DE ACTA DE PAGO Y SUPERVISIÓN	
	Versión 03: Código: F-A-GJC-02	

ORDEN DE PAGO DEL SUPERVISOR A LA SECRETARÍA DE HACIENDA MUNICIPAL									
I. DATOS BÁSICOS DEL CONTRATO CPS- 156-2026									
CONTRATIST A:	SANTOS YANET DUARTE CARDENAS								
C.C. o NIT:	28.169.087								
SUPERVISOR	YULY ANDREA RINCÓN RODRÍGUEZ								
CARGO	COMISARIA DE FAMILIA								
FECHA DE INICIO	23/02/2026			FECHA DE TERMINACIÓN			26/09/2026		
OBJETO DEL CONTRATO:									
PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE HOGAR DE PASO MODALIDAD FAMILIA PARA LOS NIÑOS Y NIÑAS, ADOLESCENTES, QUE DE CUERDO CON LA COMISARÍA DE FAMILIA SE ENCUENTREN EN CONDICIÓN DE VULNERABILIDAD O AMENAZA DE SUS DERECHOS, EN EL MUNICIPIO DE OIBA.									
II. DESCRIPCIÓN DEL PAGO									
No dé cuenta de cobro	03	Periodo a cobrar	23/04/2026	22/05/2026	Acta:	Parcial:	x		
						Final:			
CDP No.	202601220004			RP No.	202602230002				
FECHA	22/01/2026			FECHA	23/02/2026				
RUBRO	2.3.2.02.02.007.41.02.038 Servicio dirigido a la atención de niños, niñas, adolescentes y jóvenes, con enfoque pedagógico y 2.3.2.02.02.007.41.02.038 Servicio dirigidos a la atención de niños, niñas, adolescentes y jóvenes, con enfoque pedagógico y r			FUENTE	1.2.1.0.00 REPR INGRESOS CORRIENTES DE LIBRE DESTINACIÓN 1.2.4.3.03 SGP-PROPOSITO GENERAL-PROPOSITO GENERAL LIBRE INVERSION				
CDP Adicional No.				RP Adicional No.					
FECHA				FECHA					
RUBRO				FUENTE					
VALOR DE LA PRESENTE CUENTA DE COBRO:	2'000.000	VALOR EN LETRAS:	DOS MILLONES DE PESOS M/CTE						
ESTADO DE CUENTA									
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$14.000.000		Valor acta parcial No 04		Valor acta parcial No 09				



ALCALDÍA
MUNICIPAL DE OIBA
NIT: 890210948-7

FORMATO DE ACTA DE PAGO Y SUPERVISIÓN

Versión 03:
Código: F-A-GJC-02

Adición (si lo hay)	0	Valor acta parcial No 05		Valor acta parcial No 10	
Valor acta parcial No 01	\$2.000.000	Valor acta parcial No 06		Valor acta parcial No 11	
Valor acta parcial No 02	\$2.000.000	Valor acta parcial No 07		Valor acta parcial No 12	
Valor acta parcial No 03	\$2.000.000	Valor acta parcial No 08		Saldo (valor pendiente para pago)	\$8.000.000

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
1751094476	abril	26/05/2026	\$219.600	\$281.100	\$9.300
VR. SENA		VR. ICBF		VR. CCF	
VALOR TOTAL CANCELADO APORTES				\$510.000	

IV. ESTAMPILLA DEPARTAMENTAL

NÚMERO ESTAMPILLA	2502600345056	FECHA DE PAGO	26/05/2026	VALOR PAGADO	\$80.000
-------------------	---------------	---------------	------------	--------------	----------

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:

Que los pagos aportados de seguridad social sobre el periodo 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

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.



ALCALDÍA
MUNICIPAL DE OIBA
NIT: 890210948-7

FORMATO DE ACTA DE PAGO Y SUPERVISIÓN

Versión 03:
Código: F-A-GJC-02

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

b. Plan de Medicina Prepagada o Seguro de Salud

SI

NO

x

c. Dependientes

SI

NO

x

Valor Anual:

\$

Valor Mensual: \$

La presente certificación se expide a los 26 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 12 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,


YULY ANDREA RINCON RODRIGUEZ
COMISARIA DE FAMILIA
SUPERVISORA DEL CONTRATO

REVISÓ: 



ALCALDÍA
MUNICIPAL DE OIBA
NIT: 890210948-7

FORMATO DE ACTA DE PAGO Y SUPERVISIÓN

Versión 03:
Código: F-A-GJC-02

ORDEN DE PAGO DEL SUPERVISOR A LA SECRETARÍA DE HACIENDA MUNICIPAL

I. DATOS BÁSICOS DEL CONTRATO CPS- 156-2026

CONTRATIST A:	SANTOS YANET DUARTE CARDENAS		
C.C. o NIT:	28.169.087		
SUPERVISOR	YULY ANDREA RINCÓN RODRÍGUEZ		
CARGO	COMISARIA DE FAMILIA		
FECHA DE INICIO	23/02/2026	FECHA DE TERMINACIÓN	26/09/2026

OBJETO DEL CONTRATO:

PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE HOGAR DE PASO MODALIDAD FAMILIA PARA LOS NIÑOS Y NIÑAS, ADOLESCENTES, QUE DE CUERDO CON LA COMISARÍA DE FAMILIA SE ENCUENTREN EN CONDICIÓN DE VULNERABILIDAD O AMENAZA DE SUS DERECHOS, EN EL MUNICIPIO DE OIBA.

II. DESCRIPCIÓN DEL PAGO

No dé cuenta de cobro	03	Periodo a cobrar	23/04/2026	22/05/2026	Acta:	Parcial:	x
						Final:	
CDP No.	202601220004		RP No.	202602230002			
FECHA	22/01/2026		FECHA	23/02/2026			
RUBRO	2.3.2.02.02.007.41.02.038 Servicio dirigido a la atención de niños, niñas, adolescentes y jóvenes, con enfoque pedagógico y 2.3.2.02.02.007.41.02.038 Servicio dirigidos a la atención de niños, niñas, adolescentes y jóvenes, con enfoque pedagógico y r		FUENTE	1.2.1.0.00 REPR INGRESOS CORRIENTES DE LIBRE DESTINACIÓN 1.2.4.3.03 SGP-PROPOSITO GENERAL-PROPOSITO GENERAL LIBRE INVERSION			
CDP Adicional No.			RP Adicional No.				
FECHA			FECHA				
RUBRO			FUENTE				
VALOR DE LA PRESENTE CUENTA DE COBRO:	2'000.000	VALOR EN LETRAS:	DOS MILLONES DE PESOS M/CTE				
ESTADO DE CUENTA							
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$14.000.000	Valor acta parcial No 04		Valor acta parcial No 09		

FORMATO DE ACTA DE PAGO Y SUPERVISIÓN

Versión 03:
Código: F-A-GJC-02

Adición (si lo hay)	0	Valor acta parcial No 05		Valor acta parcial No 10	
Valor acta parcial No 01	\$2.000.000	Valor acta parcial No 06		Valor acta parcial No 11	
Valor acta parcial No 02	\$2.000.000	Valor acta parcial No 07		Valor acta parcial No 12	
Valor acta parcial No 03	\$2.000.000	Valor acta parcial No 08		Saldo (valor pendiente para pago)	\$8.000.000

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
1751094476	abril	26/05/2026	\$219.600	\$281.100	\$9.300
VR. SENA		VR. ICBF		VR. CCF	
VALOR TOTAL CANCELADO APORTES				\$510.000	

IV. ESTAMPILLA DEPARTAMENTAL

NÚMERO ESTAMPILLA	2502600345056	FECHA DE PAGO	26/05/2026	VALOR PAGADO	\$80.000
-------------------	---------------	---------------	------------	--------------	----------

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:

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

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.



ALCALDÍA
MUNICIPAL DE OIBA
NIT: 890210948-7

FORMATO DE ACTA DE PAGO Y SUPERVISIÓN

Versión 03:
Código: F-A-GJC-02

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:

		SI	NO		Valor Anual:
a.	Intereses de crédito de vivienda	SI	NO	x	\$ _____
b.	Plan de Medicina Prepagada o Seguro de Salud	SI	NO	x	Valor Mensual: \$ _____
c.	Dependientes	SI	NO	x	

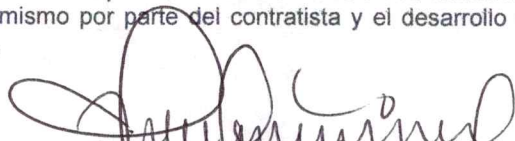
La presente certificación se expide a los 26 días del mes de mayo de 2026.

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 12 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,


YULY ANDREA RINCON RODRIGUEZ
COMISARIA DE FAMILIA
SUPERVISORA DEL CONTRATO

REVISÓ: *Andred C.*

Oiba, Santander, 26 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, **SANTOS YANET DUARTE CARDENAS**, identificado con Cedula de Ciudadanía No. 28.169.087 expedida en el Guadalupe – 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 No. 156 cuyo objeto es **PRESTACION DE SERVICIOS DE HOGAR DE PASO MODALIDAD FAMILIA PARA LOS NIÑOS Y NIÑAS, ADOLESCENTES, QUE DE ACUERDO A LA COMISARIA DE FAMILIA SE ENCUENTREN EN CONDICIÓN DE VULNERABILIDAD O AMENAZA DE SUS DERECHOS, EN EL MUNICIPIO DE OIBA**, 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:

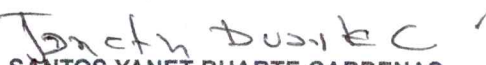
DATOS DEPENDIENTES

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,


SANTOS YANET DUARTE CARDENAS

C.C. 28.169.087 Expedida en Guadalupe - Santander
Contratista