Certificado
Bancario

Martes, 3 de febrero de 2026

Señor(a)
A quien pueda interesar

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que CBA FUNDACION ESPERANZA Y VIDA identificado(a) con NIT 900495707, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	79600007973	2024/04/16	ACTIVA

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (60-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (60-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (60-5) 361 88 88 - Cali - Local: (60-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

Bancolombia

Scanned with CamScanner

CBA FUNDACION ESPERANZA Y VIDA
NIT 900.495.707-7
CR 26 27 48
Tel: 3158750458 - Ext. undefined
Girón - Colombia
amiranda04@hotmail.com

Factura electrónica de venta
No. SN 87

Señores	MUNICIPIO DE OIBA		
NIT	890.210.948-7	**Teléfono**	(607) 0000000
Dirección	CL1	**Ciudad**	Girón - Colombia

Fecha y hora Factura	
Generación	08/05/2026, 09:34
Expedición	08/05/2026, 09:34
Vencimiento	08/05/2026

Item	Descripción	Cantidad	Vr. Total
1	CONVENIO OIBA	1.00	58,200,000.00

Total items: 1

Total Bruto	58,200,000.00
Total a Pagar	58,200,000.00

Valor en Letras:
Cincuenta y ocho millones doscientos mil pesos m/cte

Forma de pago:
Crédito

Medio de pago:
Otro - Clientes Nacionales - Cuota No. 001 vence el 2026-05-08 por $ 58,200,000.00

Observaciones:
CONVENIO 154 MARZO 2026 ATENCIÓN 25 DIAS

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. **Número Autorización Electrónica 18764101032701 aprobado en 20251103 prefijo SN desde el número 66 al 1000 Vigencia: 12 Meses Meses**
- Actividad Económica 9499 Actividades de otras asociaciones n.c.p. Tarifa 10
CUFE: c24f1ebd18ea3862f6c7131a7d850ca04e4b065a959acdb1b8fcf94d6f6d3731ae8243ad3627d61fa5c6c56d91e33da2

Fabricante Software y Proveedor tecnológico Siigo SAS - Nit 830.048.115-8 Nombre Software Siigo Nube. Firma electrónica ver en el XML

Scanned with CamScanner

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:		NIT NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	900495707
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			CBA FUNDACION ESPERANZA Y VIDA
CIUDAD/MUNICIPIO:		GIRON DEPARTAMENTO:	SANTANDER
DIRECCIÓN:	CL 26 27 48 GIRON CENTRO	TELÉFONO:	3158750
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades de otras asociaciones n.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NÚMERO PLANILLA:	**6008823960**	TIPO DE PLANILLA:		E-EMPLEADOS	
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	marzo	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	abril
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2026	SALUD:	AÑO:	2026
DÍAS DE MORA:	3				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/04/09	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		208539388	

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002248088	230301	230301-PORVENIR	4	$ 1.147.000
		SUBTOTAL:	4	**$ 1.147.000**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8001309074	EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	3	$ 676.700
9001562642	EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1	$ 219.400
		SUBTOTAL:	4	**$ 896.100**
CAJA DE COMPENSACIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8902015787	CCF40	CCF40-COMFENALCO SANTANDER	4	$ 286.900
		SUBTOTAL:	4	**$ 286.900**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8909037905	14-11	14-11 - ARL SURA	4	$ 75.000
		SUBTOTAL:	4	**$ 75.000**
OTROS PARAFISCALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8999990341	PASENA	PASENA-SENA	4	$ 143.600
8999992392	PAICBF	PAICBF-ICBF	4	$ 215.300
		SUBTOTAL:		**$ 358.900**

VALOR SIN MORA:	**$ 2.758.000**
VALOR MORA:	**$ 5.900**
TOTAL PAGADO:	**$ 2.763.900**

Scanned with CamScanner

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

soi

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	NIT	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN:	800495707
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			CBA FUNDACION ESPERANZA Y VIDA
CIUDAD/MUNICIPIO:	GIRON	DEPARTAMENTO:	SANTANDER
DIRECCIÓN:	CL 26 27 48 GIRON CENTRO	TELÉFONO:	3158750
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades de otras asociaciones n.c.p.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	SUCURSAL		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NUMERO PLANILLA:	0008823960		TIPO DE PLANILLA:		E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES marzo AÑO 2026		PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES abril AÑO	2026
DÍAS DE MORA:	3				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/04/08		NÚMERO AUTORIZACIÓN:		208838388

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	4	$ 1.144.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 2.400	$ 0	$ 1.144.800	$ 2.400	$ 1.147.200
SUBTOTALES:										$ 1.144.800	$ 2.400	$ 1.147.200

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	3		$ 0		$ 0		$ 0	$ 675.300	$ 0	$ 1.400	$ 0	$ 675.300	$ 1.400	$ 0	$ 676.700
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 218.900	$ 0	$ 500	$ 0	$ 218.900	$ 500	$ 0	$ 219.400
SUBTOTALES:													$ 894.200	$ 1.900	$ 0	$ 896.100

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	4		$ 0	$ 0		$ 0	$ 74.800	$ 74.800	$ 200	$ 0	$ 75.000
SUBTOTALES:									$ 74.800	$ 200	$ 0	$ 75.000

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF40	CCF40-COMFENALCO SANTANDER	4	$ 286.300	$ 600	$ 286.900
SUBTOTALES:			$ 286.300	$ 600	$ 286.900

TOTAL APORTES A OTROS PARAFISCALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
PAICBF	PAICBF - ICBF - INSTITUTO DE BIENESTAR FAMILIAR	4	$ 214.800	$ 500	$ 215.300
PASENA	PASENA - SENA	4	$ 143.200	$ 300	$ 143.500
SUBTOTALES:			$ 358.100	$ 800	$ 358.900

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

N°	DATOS DEL COTIZANTE								NOVEDADES												SEGURIDAD SOCIAL															PARAFISCALES					
	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	RESIDENTE REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COL	VSP	VST	SLN	CON	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN						SALUD						ARP				CCF		SENA		ICBF		ESAP		MINED	
																											ADMIN	DÍAS COT.	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT.	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT.	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT.	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 1101686982	CAMACHO HIGUERA ANA YAMILE	DEPEND		$ 1.750.905	FIJO			NO																	230301-PORVENIR	30	$ 1.750.905	$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 280.200	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 1.750.905	$ 218.900	$ 0	$ 218.900	14-19 - ARL SURA	30	$ 1.750.905	$ 900496707	$ 18.300	30	$ 1.750.905	CCF40-COMFENALCO SANTANDER	$ 70.100	$ 35.100	$ 52.600	$ 0	$ 0
2	CC 28259028	JAIMES RAMIREZ MARIA DEL CARMEN	DEPEND		$ 1.750.905	FIJO			NO																	230301-PORVENIR	30	$ 1.750.905	$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 280.200	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 1.750.905	$ 218.900	$ 0	$ 218.900	14-19 - ARL SURA	30	$ 1.750.905	$ 900496707	$ 18.300	30	$ 1.750.905	CCF40-COMFENALCO SANTANDER	$ 70.100	$ 35.100	$ 52.600	$ 0	$ 0
3	CC 37547213	DIAZ MIRANDA ANGELA VICTORIA	DEPEND		$ 1.900.000	FIJO			NO																	230301-PORVENIR	30	$ 1.900.000	$ 304.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 304.000	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 1.900.000	$ 237.500	$ 0	$ 237.500	14-19 - ARL SURA	30	$ 1.900.000	$ 900496707	$ 19.900	30	$ 1.900.000	CCF40-COMFENALCO SANTANDER	$ 76.000	$ 38.000	$ 57.000	$ 0	$ 0
4	CE 686146	RODRIGUEZ MENDEZ RHANDYS DEL VALLE	DEPEND		$ 1.750.905	FIJO			NO																	230301-PORVENIR	30	$ 1.750.905	$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 280.200	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1.750.905	$ 218.900	$ 0	$ 218.900	14-19 - ARL SURA	30	$ 1.750.905	$ 900496707	$ 18.300	30	$ 1.750.905	CCF40-COMFENALCO SANTANDER	$ 70.100	$ 35.100	$ 52.600	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 2.763.900

Scanned with CamScanner

Bancolombia

Sucursal Virtual Negocios

Pago de factura

Martes, 28 de abril de 2026, 11:36:48 p.m.
CBA FUNDACION ESPERA
NIT: 900495707

Transacción exitosa

Comprobante No. 1653385794

Fecha del pago
08 Abr 2026 - 23:00:54

Empresa o servicio
Soi Ach - 28058

Descripción
--

Tipo Identificacion
Pago De La Planilla Integrada De Se

Numero Planilla
10.80.25.153 - Ni - 900495707

Cus
208539388

Tipo de producto origen
Cuenta De Ahorros

Producto origen
***5475**

Banco
Bancolombia

Valor de la factura
COP $ 2.763.900,00

Valor pagado
COP $ 2.763.900,00

Costo
COP $ 0,00

VIGILADO

Dirección IP 191.110.101.189

Scanned with CamScanner

Bancolombia

Sucursal Virtual Negocios

Pago de factura

Martes, 28 de abril de 2026, 11:36:48 p.m.
CBA FUNDACION ESPERA
NIT: 900495707

Transacción exitosa

Comprobante No. 1653385794

Entidad a quién se pago por PSE

Soi Ach

Oficina

Sucursal Virtual

Canal

PSE

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección IP 191.110.101.189

Scanned with CamScanner

Recaudo de Estampillas

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recibo Nº
2502600316963

Trámite CONVENIOS DE ASOCIACIÓN

PRO HOSPITAL	$ 1.164.000
PRO UIS	$ 1.164.000

Total a Pagar $ 2.328.000

Fecha de Expedición 2026/05/08 **Fecha Limite de Pago** 2026/05/14

Con destino a: Alcaldía de Oiba

Contribuyente Tipo de Doc. NIT **Número** 9004957077

Nombre CBA FUNDACION ESPERANZA Y VIDA

Dirección **Teléfono**

Municipio **Departamento**

(415)7709998038539(8020)025026003169639(3900)0000000228000(96)20260514

VALOR BASE	$ 58.200.000
VALOR ORDEN DE PAGO	$ 58.200.000
NUMERO ORDEN DE PAGO	SN87
VALOR TOTAL CONVENIO	$ 472.584.000
FECHA CONVENIO	13/02/2026

Contribuyente

Trámite

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda **Recaudo de Estampillas** **Recibo Nº** **2502600316963**

Trámite CONVENIOS DE ASOCIACIÓN

Con destino a: Alcaldía de Oiba

Tipo de Doc. NIT Número: 9004957077
Nombre: CBA FUNDACION ESPERANZA Y VIDA
Dirección: Teléfono:

VALOR BASE	$ 58.200.000
VALOR ORDEN DE PAGO	$ 58.200.000
NUMERO ORDEN DE PAGO	SN87
VALOR TOTAL CONVENIO	$ 472.584.000
FECHA CONVENIO	13/02/2026

PRO HOSPITAL	$ 1.164.000
PRO UIS	$ 1.164.000

Total a Pagar $ 2.328.000

¡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** **2502600316963**

Trámite CONVENIOS DE ASOCIACIÓN

Con destino a: Alcaldía de Oiba

PRO HOSPITAL	$ 1.164.000
PRO UIS	$ 1.164.000

Total a Pagar $ 2.328.000

Contribuyente Tipo de Doc.NIT **Número** 9004957077

Nombre CBA FUNDACION ESPERANZA Y VIDA

Dirección **Teléfono**

Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)025026003169639(3900)0000000228000(96)20260514

VALOR BASE	$ 58.200.000
VALOR ORDEN DE PAGO	$ 58.200.000
NUMERO ORDEN DE PAGO	SN87
VALOR TOTAL CONVENIO	$ 472.584.000
FECHA CONVENIO	13/02/2026

Fecha de Expedición 2026/05/08
Fecha Limite de Pago 2026/05/14

Banco

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda **Recaudo de Estampillas** **Recibo Nº** **2502600316963**

Contribuyente Tipo de Doc. NIT **Número** 9004957077

Nombre CBA FUNDACION ESPERANZA Y VIDA

Dirección **Teléfono**

Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)025026003169639(3900)0000000228000(96)20260514

Trámite CONVENIOS DE ASOCIACIÓN

Con destino a: Alcaldía de Oiba

Fecha de Expedición 2026/05/08

PRO HOSPITAL	$ 1.164.000
PRO UIS	$ 1.164.000

Total a Pagar $ 2.328.000

Total Estampillas $ 2.328.000

Scanned with CamScanner

Bancolombia

Sucursal Virtual Negocios

Detalle de movimiento

Viernes, 08 de mayo de 2026, 4:06:54 p.m.
CBA FUNDACION ESPERA
NIT: 900495707

Producto **Cuenta de ahorro - Bancolombia 796 - 000079 - 73**	Oficina **Giron**
Fecha de creación **08 may 2026**	Fecha de aplicación **- -**
Descripción **Pago pse departamento de santa**	Referencia 1 **293050726**
Referencia 2 **- -**	No. cheque o convenio **- -**
Valor **COP -$ 2.328.000,00**	Canje (Aplica si es cheque) **- -**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección IP 152.200.146.245

Scanned with CamScanner

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 154 -2026			
CONTRATISTA:	CBA FUNDACION ESPERANZA Y VIDA		
C.C. o NIT:	900.495.707-7		
SUPERVISOR	CARMEN SOFIA MARTINEZ RIOS		
CARGO	SECRETARIA LOCAL DE SALUD Y EDUCACION		
FECHA DE INICIO	17/02/2026	FECHA DE TERMINACIÓN	27/10/2026
OBJETO DEL CONTRATO:			
"AUNAR ESFUERZOS PARA GARANTIZAR LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LOS ADULTOS MAYORES BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA CENTRO VIDA EN VIRTUD DE LA LEY 1276 DE 2009 EN EL MUNICIPIO DE OIBA, SANTANDER PARA LA VIGENCIA 2026".			

II. DESCRIPCIÓN DEL PAGO							
No de cuenta de cobro	03	Periodo a cobrar	01/03/2026	31/03/2026	Acta:	Parcial:	X
						Final:	
CDP No.	202601270005		RP No.	202602130001			
FECHA	27/01/2026		FECHA	13/02/2026			
RUBRO	2.3.2.02.02.009.41.04.008.01. 01 Servicio de atención y protección integral al adulto mayor 2.3.2.02.02.009.41.04.008.01. 03 Servicio de atención y protección integral al adulto mayor 70% Dpto 2.3.2.02.02.009.41.04.008.01. 05 Servicio de atención y protección integral al adulto mayor		FUENTE	1.2.3.1.19.2 ESTAMPILLAS PRO ADULTO MAYOR 1.2.3.3.04 OTRAS TRANSFERENCIAS CORRIENTES CON DESTINACION ESPECIFICA LEGAL DEL COBIERNO GENERAL 1.2.1.0.00 REPR INGRESOS CORRIENTES DE LIBRE DESTINANCION			
CDP Adicional No.	N/A		RP Adicional No.	N/A			
FECHA			FECHA				
RUBRO			FUENTE				
VALOR DE LA PRESENTE CUENTA DE COBRO:	58.200.000	VALOR EN LETRAS:	CINCUENTA Y OCHO MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS M/CTE				

ESTADO DE CUENTA					
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	472.584.000	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 pago anticipado No 01	94.516.800	Valor acta parcial No 06		Valor acta parcial No 11	
Valor acta parcial No 02	23.280.000	Valor acta parcial No 07		Valor acta parcial No 12	
Valor acta parcial No 03	58.200.000	Valor acta parcial No 08		Saldo (valor pendiente para pago)	$296.587.200

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
6008823960	MARZO-ABRIL	09/04/2026	896.100	1.147.000	75.000

Scanned with CamScanner

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

VR. SENA	143.600	VR. ICBF	215.300	VR. CCF	286.900
VALOR TOTAL CANCELADO APORTES				$2.763.900	
IV. ESTAMPILLA DEPARTAMENTAL					
NÚMERO ESTAMPILLA	250260031 6963	FECHA DE PAGO	08/05/2026	VALOR PAGADO	$2.328.000

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.**	**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	X	NO		
2. Manifiesta que es del régimen no responsable de IVA (antiguo régimen simplificado).	SI		NO	X	
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	**Valor Mensual:** $_____
c.	Dependientes	SI		NO	X	

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 362 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,

Scanned with CamScanner

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

CARMEN SOFIA MARTINEZ RIOS
SECRETARIA LOCAL DE SALUD Y DE EDUCACION
SUPERVISOR DEL CONTRATO

REVISÓ: Camila Merchán - Apoyo SAC

Scanned with CamScanner

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 154 -2026			
CONTRATISTA:	CBA FUNDACION ESPERANZA Y VIDA		
C.C. o NIT:	900.495.707-7		
SUPERVISOR	CARMEN SOFIA MARTINEZ RIOS		
CARGO	SECRETARIA LOCAL DE SALUD Y EDUCACION		
FECHA DE INICIO	17/02/2026	FECHA DE TERMINACIÓN	27/10/2026
OBJETO DEL CONTRATO:			
"AUNAR ESFUERZOS PARA GARANTIZAR LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LOS ADULTOS MAYORES BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA CENTRO VIDA EN VIRTUD DE LA LEY 1276 DE 2009 EN EL MUNICIPIO DE OIBA, SANTANDER PARA LA VIGENCIA 2026".			

II. DESCRIPCIÓN DEL PAGO							
No de cuenta de cobro	03	Periodo a cobrar	01/03/2026	31/03/2026	Acta:	Parcial:	X
						Final:	
CDP No.	202601270005		RP No.	202602130001			
FECHA	27/01/2026		FECHA	13/02/2026			
RUBRO	2.3.2.02.02.009.41.04.008.01.01 Servicio de atención y protección integral al adulto mayor 2.3.2.02.02.009.41.04.008.01.03 Servicio de atención y protección integral al adulto mayor 70% Dpto 2.3.2.02.02.009.41.04.008.01.05 Servicio de atención y protección integral al adulto mayor		FUENTE	1.2.3.1.19.2 ESTAMPILLAS PRO ADULTO MAYOR 1.2.3.3.04 OTRAS TRANSFERENCIAS CORRIENTES CON DESTINACION ESPECIFICA LEGAL DEL COBIERNO GENERAL 1.2.1.0.00 REPR INGRESOS CORRIENTES DE LIBRE DESTINANCION			
CDP Adicional No.	N/A		RP Adicional No.	N/A			
FECHA			FECHA				
RUBRO			FUENTE				
VALOR DE LA PRESENTE CUENTA DE COBRO:	58.200.000	VALOR EN LETRAS:	CINCUENTA Y OCHO MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS M/CTE				

ESTADO DE CUENTA					
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	472.584.000	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 pago anticipado No 01	94.516.800	Valor acta parcial No 06		Valor acta parcial No 11	
Valor acta parcial No 02	23.280.000	Valor acta parcial No 07		Valor acta parcial No 12	
Valor acta parcial No 03	58.200.000	Valor acta parcial No 08		Saldo (valor pendiente para pago)	$296.587.200

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
6008823960	MARZO-ABRIL	09/04/2026	896.100	1.147.000	75.000

Scanned with CamScanner

VR. SENA	143.600	VR. ICBF	215.300	VR. CCF	286.900
VALOR TOTAL CANCELADO APORTES				$2.763.900	

IV. ESTAMPILLA DEPARTAMENTAL

NÚMERO ESTAMPILLA	250260031 6963	FECHA DE PAGO	08/05/2026	VALOR PAGADO	$2.328.000

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.	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	X	NO		
2. Manifiesta que es del régimen no responsable de IVA (antiguo régimen simplificado).	SI		NO	X	
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	**Valor Mensual:** $_____
c.	Dependientes	SI		NO	X	

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 362 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,

Scanned with CamScanner

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

CARMEN SOFIA MARTINEZ RIOS
SECRETARIA LOCAL DE SALUD Y DE EDUCACION
SUPERVISOR DEL CONTRATO

REVISÓ: Camila Machán - Apoyo SAC

Scanned with CamScanner

Oiba 21 de mayo 2026

Doctora
VILMA RUTH ARGUELLO DELGADILLO
Secretaria de Hacienda
Alcaldía de Oiba Santander

Asunto: PAGO DIRECTO DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL

Cordial saludo:

Yo Angela Victoria Diaz Miranda, identificada con cédula de ciudadanía No. 37.547.213, como representante legal del CBA FUNDACION ESPERANZA Y VIDA con Nit 900.495.707-7 en virtud del contrato (154 del 13 de febrero de 2026) el cual me da la calidad de contratista con esta entidad, me permito manifestar de manera expresa mi voluntad de continuar asumiendo directamente el pago de mis aportes al Sistema de Seguridad Social Integral durante la ejecución del contrato.

Lo anterior, en atención a lo dispuesto en el Decreto 514 del 9 de mayo de 2025, "por el cual se reglamentan y compilan las normas del Sistema de Protección Social Integral para la Vejez, Invalidez y Muerte de origen común, contemplado en la Ley 2381 de 2024", específicamente en su artículo 2.2.4.18.7, el cual establece que:

> *"Pago de Cotizaciones por parte del contratante. En el marco de lo dispuesto por el artículo 21 de la Ley 2381 de 2024 cuando se celebren contratos de prestación de servicios el contratante y el* ***contratista podrán*** *acordar que será responsabilidad del contratante realizar la cotización al Sistema de Protección Social Integral para la Vejez, Invalidez y Muerte de origen común.*
> (...)
> ***"Parágrafo 1.*** *En caso de que no se acuerde que el pago de los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral quedará a cargo del contratante,* ***el contratista seguirá siendo el responsable de su propio pago****"*
> *(subrayado y negrilla fuera de texto)*

Por lo anterior, agradezco se tenga en cuenta esta comunicación a efectos de que no se efectúe ningún descuento automático por concepto de aportes a salud, pensión o riesgos laborales, y que continúe siendo de mi responsabilidad su pago conforme a los términos legales.

Sin otro particular, agradezco su atención y quedo atenta a cualquier requerimiento adicional.

Cordialmente,

ANGELA VICTORIA DIAZ MIRANDA
C.C. No. 37.547.213 de Bucaramanga
Teléfono: 3158750458
Correo electrónico: amiranda04@hotmail.com

Scanned with CamScanner