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

CONTRATISTA				CONTRATO N°
COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO INTEGRAL DEL NORESTE COLOMBIANO – CTA.				136 DE 2026
PAGO				PERIODO DE EJECUCIÓN
NUMERO	02	DE	10	01/03/2026 – 31/03/2026

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
SHacienda. Esa Sendas I	9-06-2026.

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 retomarán 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 02						
NOMBRE CONTRATISTA	COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO INTEGRAL DEL NORESTE COLOMBIANO – CTA.				**C.C. / NIT**	901.559.515-1
N° CONTRATO	136 - 2026	**PERIODO EJECUCIÓN**	**DESDE**	01/03/2026	**HASTA**	31/03/2026
OBJETO DEL CONTRATO						
PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE APOYO ADMINISTRATIVO A LA SECRETARIA DE GOBIERNO, TRANSITO Y TRANSPORTE EN LA MATERIA DE CONVIVENCIA Y SEGURIDAD CIUDADANA Y SOLUCIÓN DE CONFLICTOS DE CONVIVENCIA						
NÚMERO DE PAGO	**02**			**De**	**10**	
	RITO ANTONIO AGUILAR AYALA Secretario de Gobierno, Tránsito y Transporte					

DESCRIPCIÓN DE OBLIGACIONES Y ACTIVIDADES DURANTE EL RESPECTIVO PERIODO		
OBLIGACIONES DEL CONTRATO	**DETALLAR LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL RESPECTIVO PERIODO**	**EVIDENCIA**
1. Prestar apoyo administrativo y logístico en la materialización de ordenes de sellamiento de obras de construcción.	Para este periodo no se realizaron actividades contempladas en esta obligación del contrato	Para este periodo no se realizaron actividades contempladas en esta obligación del contrato
2. Brindar apoyo en la inspección a las obras de construcción para revisión de sus respectivas licencias.	Para este periodo no se realizaron actividades contempladas en esta obligación del contrato	Para este periodo no se realizaron actividades contempladas en esta obligación del contrato

3. Prestar apoyo con las visitas a los establecimientos de comercio en solicitud de documentación para su respectivo funcionamiento.	Para este periodo no se realizaron actividades contempladas en esta obligación del contrato	Para este periodo no se realizaron actividades contempladas en esta obligación del contrato
4. Coadyuvar en el seguimiento a las actividades realizadas por el técnico de saneamiento cuando se requiera o las que estén previamente agendadas.	Para este periodo no se realizaron actividades contempladas en esta obligación del contrato	Para este periodo no se realizaron actividades contempladas en esta obligación del contrato
5. Prestar apoyo con las visitas programadas en la inspección de policía a petición de la secretaria de salud	Se realiza la actualización y ajuste del formato correspondiente a la caracterización de los establecimientos comerciales, teniendo en cuenta las solicitudes presentadas por los comerciantes, quienes requieren la supresión, modificación e incorporación de información necesaria dentro del documento. Lo anterior, con el propósito de optimizar el proceso de recolección de datos, garantizar la pertinencia de la información solicitada y fortalecer la adecuada identificación y registro de los establecimientos.	**Anexo 1.** Caracterización de establecimientos
6. Prestar apoyo con las visitas programadas en la inspección de policía a petición de la secretaría de planeación municipal	Se realiza la actualización del formato denominado "Acta de Inspección a Establecimiento Comercial", con el fin de fortalecer la recopilación y verificación de la información requerida para el proceso de evaluación y aprobación de los establecimientos comerciales. Lo anterior, permitiendo contar con un	**Anexo 2.** Acta Inspección

	instrumento más completo y adecuado para el registro de los aspectos técnicos, administrativos y normativos necesarios durante las visitas de inspección, facilitando así el control y seguimiento correspondiente por parte de la administración.	
7. Prestar apoyo en la materialización de las comisiones elevadas ante el municipio por la CAS.	Para este periodo no se realizaron actividades contempladas en esta obligación del contrato	Para este periodo no se realizaron actividades contempladas en esta obligación del contrato
8. Ejecutar las demás actividades que le sean asignadas por el Supervisor del contrato, siempre que guarden relación directa con el objeto contractual.	Se continua con la evaluación y seguimiento de los procesos contemplados dentro del sistema de gestión de calidad. Se realiza una revisión ardua del FURAG (Formulario Único de Reporte de Avances de la Gestión) para determinar la eficiencia y eficacia de la gestión con la que cuenta la administración y específicamente la oficina de Gobierno, Tránsito y Transporte en cuanto a sus obligaciones. Se realiza la revisión y verificación de los procedimientos correspondientes al archivo de gestión y archivo central de la Oficina de Secretario de Gobierno, Tránsito y Transporte, con el propósito de identificar aspectos susceptibles de actualización y fortalecimiento en el manejo documental. Lo anterior, con el fin de garantizar el adecuado	**Anexo 3.** Sistema de Gestión de Calidad

	cumplimiento de los lineamientos archivísticos aplicables y facilitar posteriormente la organización técnica, clasificación y conservación adecuada de la documentación física generada y administrada por la dependencia.	

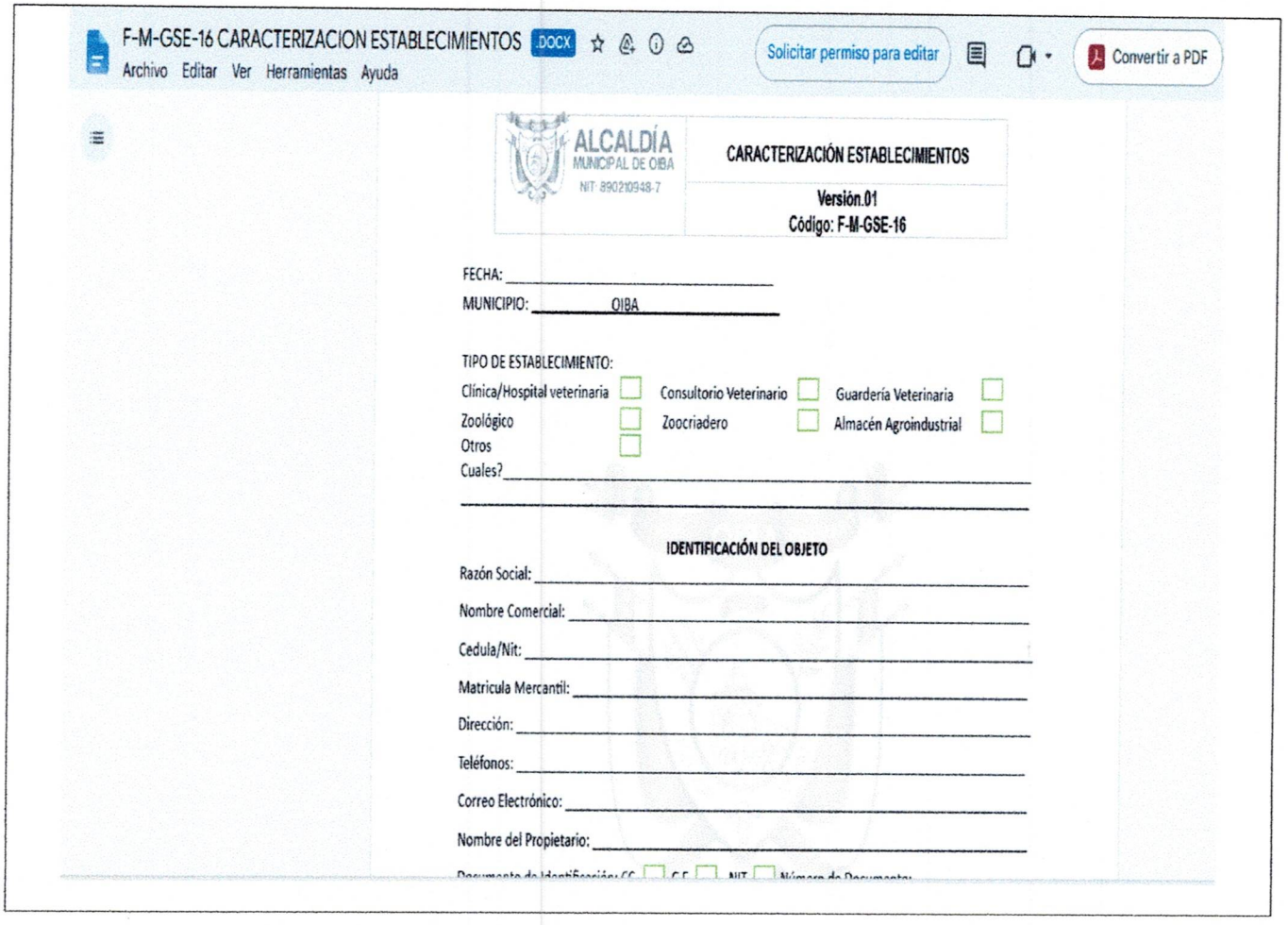
Productos y/o Otros Anexos

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

EDWIN ALBERTO PICO VELASCO
CC. 13.717.407 de Bucaramanga
CONTRATISTA

EVIDENCIAS

Anexo 1. Caracterización de establecimientos



F-M-GSE-16 CARACTERIZACION ESTABLECIMIENTOS .DOCX

Archivo Editar Ver Herramientas Ayuda

Solicitar permiso para editar | Convertir a PDF

ALCALDÍA MUNICIPAL DE OIBA
NIT: 890210948-7

CARACTERIZACIÓN ESTABLECIMIENTOS

Versión.01
Código: F-M-GSE-16

FECHA: _____

MUNICIPIO: OIBA

TIPO DE ESTABLECIMIENTO:

Clínica/Hospital veterinaria ☐ Consultorio Veterinario ☐ Guardería Veterinaria ☐
Zoológico ☐ Zoocriadero ☐ Almacén Agroindustrial ☐
Otros ☐
Cuales? _____

IDENTIFICACIÓN DEL OBJETO

Razón Social: _____
Nombre Comercial: _____
Cedula/Nit: _____
Matricula Mercantil: _____
Dirección: _____
Teléfonos: _____
Correo Electrónico: _____
Nombre del Propietario: _____

F-M-GSE-16 CARACTERIZACION ESTABLECIMIENTOS .DOCX

Archivo Editar Ver Herramientas Ayuda

Solicitar permiso para editar

ALCALDÍA MUNICIPAL DE OIBA NIT 890210948-7	CARACTERIZACIÓN ESTABLECIMIENTOS
	Versión.01 Código: F-M-GSE-16

COMENTARIOS SOBRE EL ESTABLECIMIENTO:
RECOMENDACIONES:

Nombre Quien RECIBE la visita: _____

Nombre quien REALIZA la Visita: _____

NIT. 901.559.515- 1
Carrera 4 No. 5 – 45 Barrio Centro
PARQUE PRINCIPAL
Teléfono: 3177920783 - 3114508218
Mail: norestecta@gmail.com

Anexo 2. Acta Inspección

ALCALDÍA MUNICIPAL DE OIBA
NIT: 890210948-7

ACTA DE INSPECCIÓN A ESTABLECIMIENTO COMERCIAL
Versión.02 CódigoF-M-JOP-05

FECHA: _____

NOMBRE: _____

CÉDULA: _____

ESTABLECIMIENTO:

_____

TELEFONO: _____

DIRECCIÓN: _____

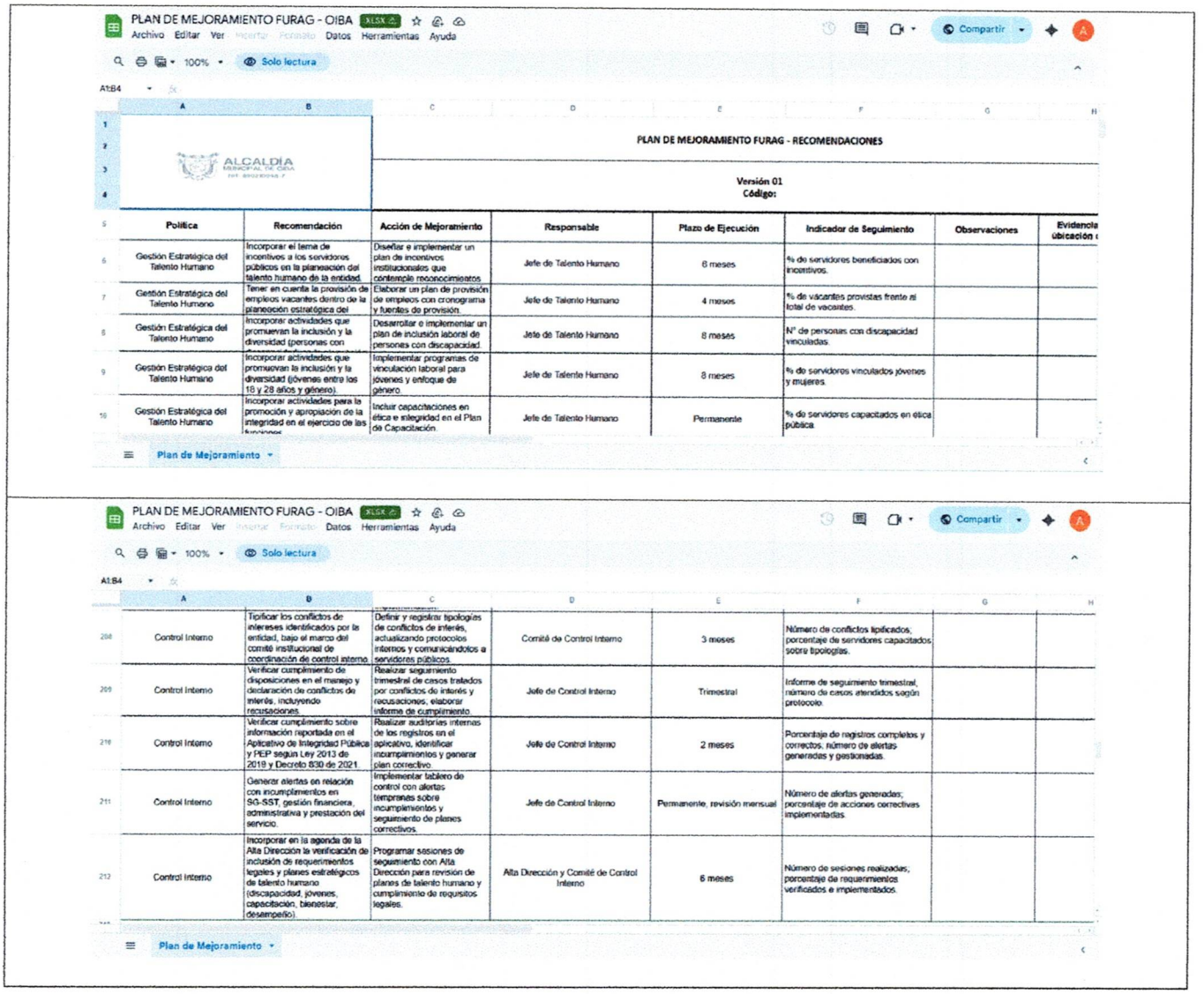
REQUISITOS	ENTIDAD QUE EXPIDE EL DOCUMENTO	CUMPLE	NO CUMPLE
1. Certificado Impreso de Cámara de Comercio	Cámara de Comercio		
2. Concepto Uso de Suelos	Secretaria de Planeación		
3. Cancelar los Derechos de Autor previstos en la ley 23 de 1982 y demás normas.	Sayco y Acinpro		
4. Registro Sanitario y Concepto Sanitario Favorable	Inspector de Higiene		
5. Certificado de Seguridad.	Bomberos		
6. Lista de Precios	Exigida por Superintendencia de Industria y Comercio		
7. Inscripción en el Registro Unico Tributario. (RUT)	DIAN		
8. Registro Nacional de Turismo art.13 ley 1101/2006 (Si Aplica)	https://www.rues.org.co/RNT		
9. Industria y comercio	Secretaria de Hacienda		

NOTA: Se le informa que, si en la próxima visita no tiene toda la documentación actualizada para la vigencia ____, se procederá a imponer medidas correctivas de acuerdo al artículo 92 numeral 16 de la Ley 1801 del 2016, que conlleva una multa general tipo 4 y la suspensión temporal de la actividad.

ALCALDÍA MUNICIPAL OIBA SANTANDER
Carrera 7 # 12 - 81 - Código Postal 683021 Hospital Antiguo - 2 piso
Correo electrónico: contactenos@oiba-santander.gov.co
Página web: www.oiba-santander.gov.co

Página 1 | 3

Anexo 3. Sistema de Gestión de Calidad



PLAN DE MEJORAMIENTO FURAG - OIBA

Archivo Editar Ver Insertar Formato Datos Herramientas Ayuda

Compartir

100% Solo lectura

A1:B4

PLAN DE MEJORAMIENTO FURAG - RECOMENDACIONES

ALCALDÍA MUNICIPAL DE OIBA

Versión 01
Código:

Política	Recomendación	Acción de Mejoramiento	Responsable	Plazo de Ejecución	Indicador de Seguimiento	Observaciones	Evidencia ubicación
Gestión Estratégica del Talento Humano	Incorporar el tema de incentivos a los servidores públicos en la planeación del talento humano de la entidad.	Diseñar e implementar un plan de incentivos institucionales que contemple reconocimientos	Jefe de Talento Humano	6 meses	% de servidores beneficiados con incentivos.		
Gestión Estratégica del Talento Humano	Tener en cuenta la provisión de empleos vacantes dentro de la planeación estratégica del	Elaborar un plan de provisión de empleos con cronograma y fuentes de provisión.	Jefe de Talento Humano	4 meses	% de vacantes provistas frente al total de vacantes.		
Gestión Estratégica del Talento Humano	Incorporar actividades que promuevan la inclusión y la diversidad (personas con	Desarrollar e implementar un plan de inclusión laboral de personas con discapacidad	Jefe de Talento Humano	8 meses	N° de personas con discapacidad vinculadas.		
Gestión Estratégica del Talento Humano	Incorporar actividades que promuevan la inclusión y la diversidad (jóvenes entre los 18 y 28 años y género).	Implementar programas de vinculación laboral para jóvenes y enfoque de género.	Jefe de Talento Humano	8 meses	% de servidores vinculados jóvenes y mujeres.		
Gestión Estratégica del Talento Humano	Incorporar actividades para la promoción y apropiación de la integridad en el ejercicio de las funciones	Incluir capacitaciones en ética e integridad en el Plan de Capacitación.	Jefe de Talento Humano	Permanente	% de servidores capacitados en ética pública		

Plan de Mejoramiento

PLAN DE MEJORAMIENTO FURAG - OIBA

Archivo Editar Ver Insertar Formato Datos Herramientas Ayuda

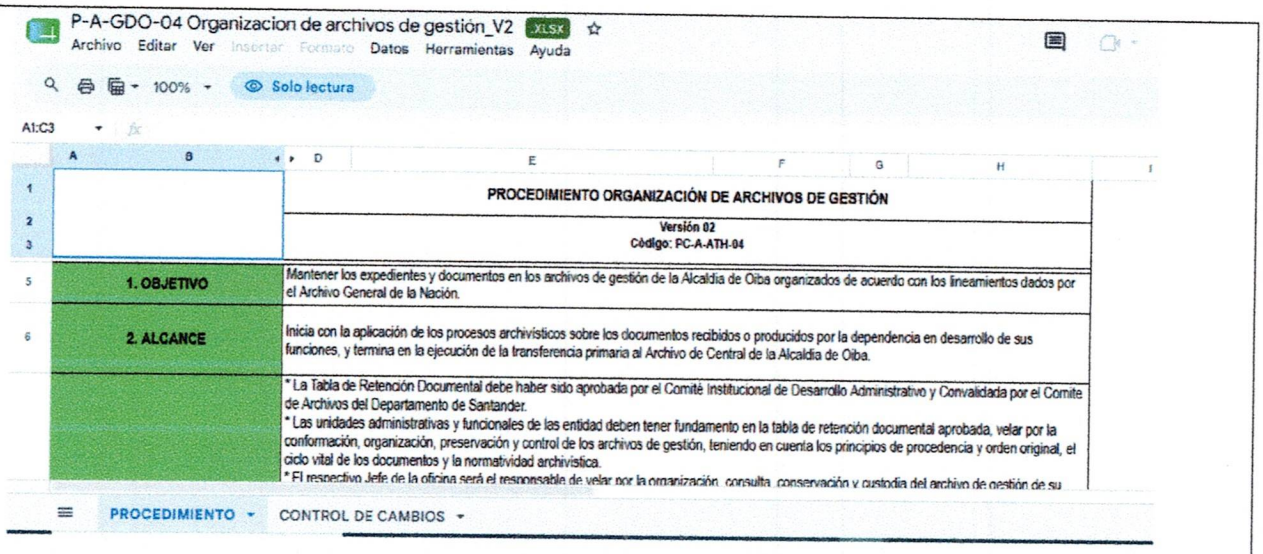
Compartir

100% Solo lectura

A1:B4

208	Control Interno	Tipificar los conflictos de intereses identificados por la entidad, bajo el marco del comité institucional de coordinación de control interno.	Definir y registrar tipologías de conflictos de interés, actualizando protocolos internos y comunicándolos a servidores públicos.	Comité de Control Interno	3 meses	Número de conflictos tipificados; porcentaje de servidores capacitados sobre tipologías.	
209	Control Interno	Verificar cumplimiento de disposiciones en el manejo y declaración de conflictos de interés, incluyendo recusaciones.	Realizar seguimiento trimestral de casos tratados por conflictos de interés y recusaciones, elaborar informe de cumplimiento.	Jefe de Control Interno	Trimestral	Informe de seguimiento trimestral; número de casos atendidos según protocolo.	
210	Control Interno	Verificar cumplimiento sobre información reportada en el Aplicativo de Integridad Pública y PEP según Ley 2013 de 2019 y Decreto 830 de 2021.	Realizar auditorías internas de los registros en el aplicativo, identificar incumplimientos y generar plan correctivo.	Jefe de Control Interno	2 meses	Porcentaje de registros completos y correctos. número de alertas generadas y gestionadas.	
211	Control Interno	Generar alertas en relación con incumplimientos en SG-SST, gestión financiera, administrativa y prestación del servicio.	Implementar tablero de control con alertas tempranas sobre incumplimientos y seguimiento de planes correctivos.	Jefe de Control Interno	Permanente, revisión mensual	Número de alertas generadas; porcentaje de acciones correctivas implementadas.	
212	Control Interno	Incorporar en la agenda de la Alta Dirección la verificación de inclusión de requerimientos legales y planes estratégicos de talento humano (discapacidad, jóvenes, capacitación, bienestar, desempeño).	Programar sesiones de seguimiento con Alta Dirección para revisión de planes de talento humano y cumplimiento de requisitos legales.	Alta Dirección y Comité de Control Interno	6 meses	Número de sesiones realizadas; porcentaje de requerimientos verificados e implementados.	

Plan de Mejoramiento



P-A-GDO-04 Organizacion de archivos de gestión_V2 XLSX

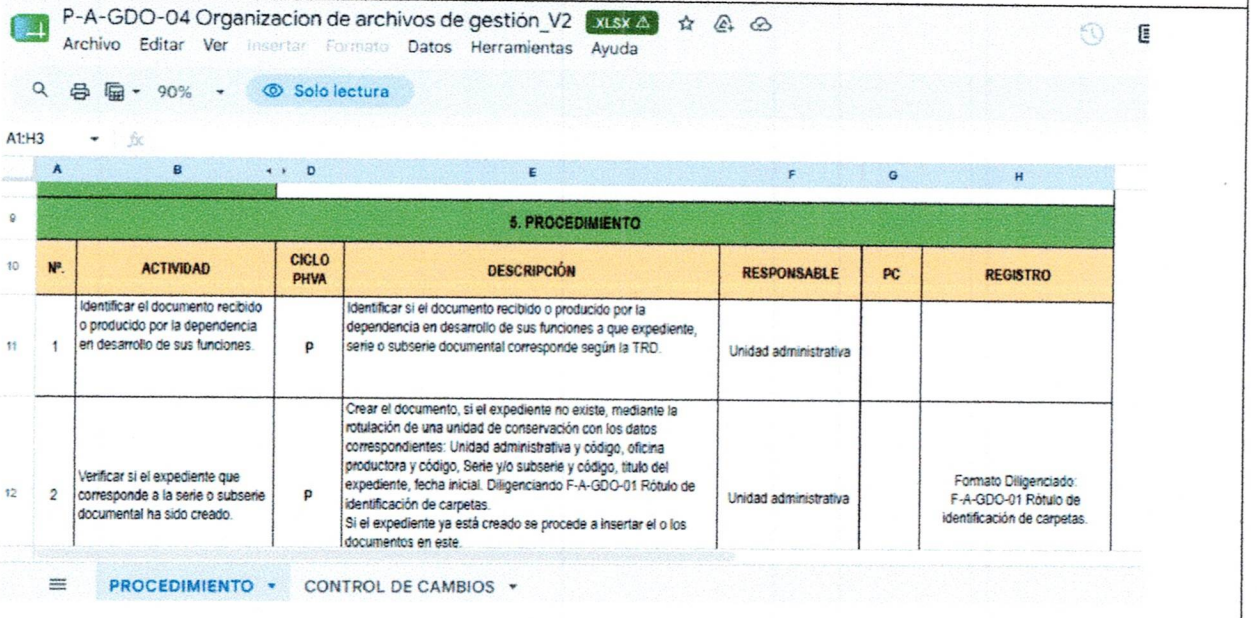
Archivo Editar Ver Insertar Formato Datos Herramientas Ayuda

100% Solo lectura

A1:C3

	A	B	D	E	F	G	H	I
1			PROCEDIMIENTO ORGANIZACIÓN DE ARCHIVOS DE GESTIÓN					
2			Versión 02					
3			Código: PC-A-ATH-04					
5	1. OBJETIVO		Mantener los expedientes y documentos en los archivos de gestión de la Alcaldía de Oiba organizados de acuerdo con los lineamientos dados por el Archivo General de la Nación.					
6	2. ALCANCE		Inicia con la aplicación de los procesos archivísticos sobre los documentos recibidos o producidos por la dependencia en desarrollo de sus funciones, y termina en la ejecución de la transferencia primaria al Archivo de Central de la Alcaldía de Oiba.					
			* La Tabla de Retención Documental debe haber sido aprobada por el Comité Institucional de Desarrollo Administrativo y Convalidada por el Comite de Archivos del Departamento de Santander. * Las unidades administrativas y funcionales de las entidad deben tener fundamento en la tabla de retención documental aprobada, velar por la conformación, organización, preservación y control de los archivos de gestión, teniendo en cuenta los principios de procedencia y orden original, el ciclo vital de los documentos y la normatividad archivística. * El respectivo Jefe de la oficina será el responsable de velar por la organización, consulta, conservación y custodia del archivo de gestión de su					

PROCEDIMIENTO CONTROL DE CAMBIOS



P-A-GDO-04 Organizacion de archivos de gestión_V2 XLSX

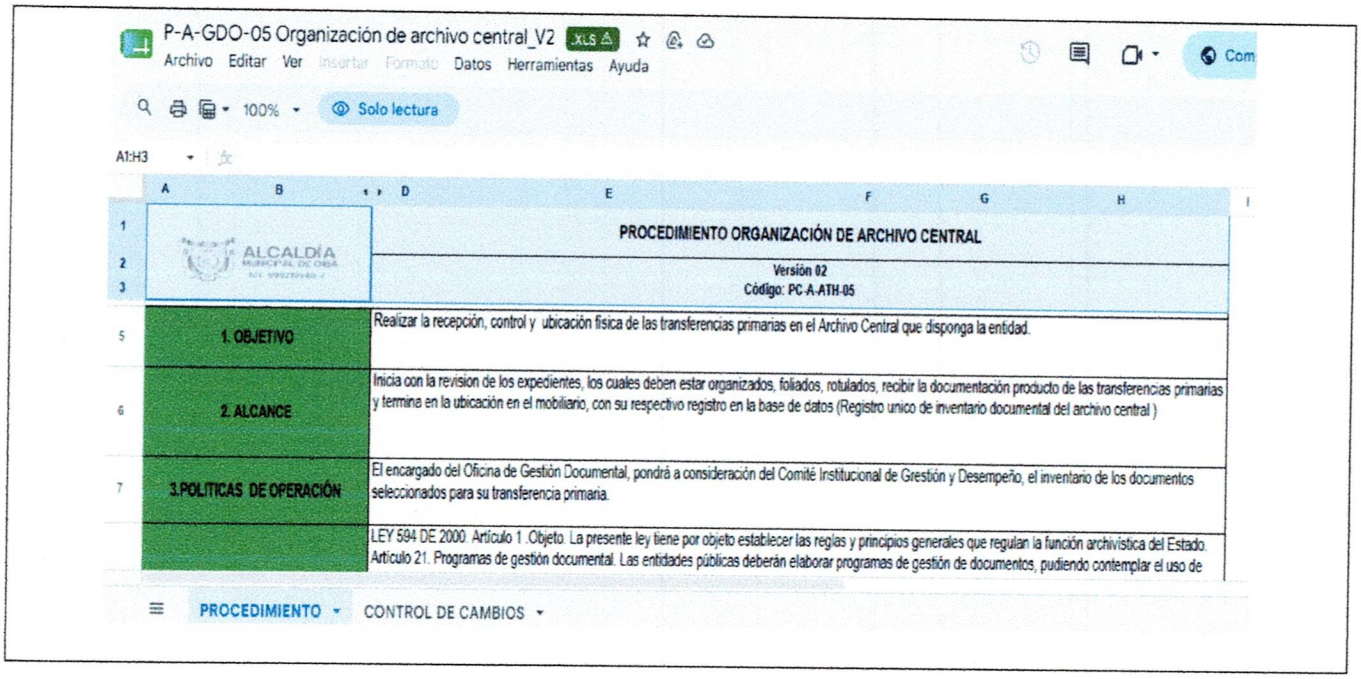
Archivo Editar Ver Insertar Formato Datos Herramientas Ayuda

90% Solo lectura

A1:H3

	A	B	D	E	F	G	H
9	5. PROCEDIMIENTO						
10	Nº.	ACTIVIDAD	CICLO PHVA	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	PC	REGISTRO
11	1	Identificar el documento recibido o producido por la dependencia en desarrollo de sus funciones.	P	Identificar si el documento recibido o producido por la dependencia en desarrollo de sus funciones a que expediente, serie o subserie documental corresponde según la TRD.	Unidad administrativa		
12	2	Verificar si el expediente que corresponde a la serie o subserie documental ha sido creado.	P	Crear el documento, si el expediente no existe, mediante la rotulación de una unidad de conservación con los datos correspondientes: Unidad administrativa y código, oficina productora y código, Serie y/o subserie y código, titulo del expediente, fecha inicial. Diligenciando F-A-GDO-01 Rótulo de identificación de carpetas. Si el expediente ya está creado se procede a insertar el o los documentos en este.	Unidad administrativa		Formato Diligenciado: F-A-GDO-01 Rótulo de identificación de carpetas.

PROCEDIMIENTO CONTROL DE CAMBIOS



P-A-GDO-05 Organización de archivo central_V2 .XLS

Archivo Editar Ver Insertar Formato Datos Herramientas Ayuda

100% Solo lectura

A1:H3

	ALCALDÍA MUNICIPAL DE OBA	**PROCEDIMIENTO ORGANIZACIÓN DE ARCHIVO CENTRAL** **Versión 02** **Código: PC-A-ATH-05**
5	**1. OBJETIVO**	Realizar la recepción, control y ubicación física de las transferencias primarias en el Archivo Central que disponga la entidad.
6	**2. ALCANCE**	Inicia con la revision de los expedientes, los cuales deben estar organizados, foliados, rotulados, recibir la documentación producto de las transferencias primarias y termina en la ubicación en el mobiliario, con su respectivo registro en la base de datos (Registro unico de inventario documental del archivo central)
7	**3.POLITICAS DE OPERACIÓN**	El encargado del Oficina de Gestión Documental, pondrá a consideración del Comité Institucional de Gestión y Desempeño, el inventario de los documentos seleccionados para su transferencia primaria.
		LEY 594 DE 2000. Artículo 1 .Objeto. La presente ley tiene por objeto establecer las reglas y principios generales que regulan la función archivística del Estado. Artículo 21. Programas de gestión documental. Las entidades públicas deberán elaborar programas de gestión de documentos, pudiendo contemplar el uso de

PROCEDIMIENTO CONTROL DE CAMBIOS

DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICACION

AGUADA, SANTANDER, 02/05/2026

Por medio de la presente hacemos constar que nuestro cliente **COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO INTEGRAL DEL NORESTE COLOMBIANO CTA** con **NIT 901.559.515-1** posee en el Banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número 108900160483

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

* SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Representación gráfica

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA FEV948

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO INTEGRAL DEL NORESTE COLOMBIANO CTA

NIT 901559515-1
Tipo de contribuyente: Persona Jurídica
Tipo de responsabilidad: R-99-PN (No aplica – Otros)
Régimen fiscal: Impuesto sobre las ventas – IVA
Actividades económicas: 7020
Municipio: Guadalupe (Santander)
Dirección: CR 4 5 45 BRR CENTRO
Correo: norestecta@gmail.com
Teléfono: 3114508218

CUFE: 750728b64507b72dd7e7129b59b5b8e5d66a25bd7c6d5c6c53befd14c46f32894d49f22a0aadaebd83c4ca381ee17b16

Fecha de emisión 2026-05-06	**Fecha y hora de autorización** 2026-05-06 11:01:49	**Prefijo** FEV	**Tipo de operación** Estandar
Fecha de vencimiento 2026-05-06	**Medio de pago** Consignación bancaria	**Forma de Pago** Contado	
Orden de referencia -			

Adquiriente

Nombres y apellidos: MUNICIPIO DE OIBA

Número de documento NIT - 890210948-7	**Tipo de persona** Persona Jurídica	**Régimen fiscal** Impuesto sobre las ventas – IVA	**Tipo de responsabilidad** R-99-PN (No aplica – Otros)
Departamento Santander	**Municipio** Oiba	**Dirección** CL 10 6 36 PAR PRINCIPAL	**Teléfono** 7173285
Correo alcaldeoiba2020@gmail.com			

Detalle de los productos y/o servicios facturados

Item	Código	Descripción	Cantidad	U. de Med.	Valor unitario	Dcto	IVA	INC	Valor total
1	P1279	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES DE APOYO ADMINISTRATIVO A LA SECRETARIA DE GOBIERNO TRANSITO Y TRANSPORTE EN LA MATERIA DE CONVIVENCIA Y SEGURIDAD CIUDADANA Y SOLUCION D CONFLICTOS D CONVIVENCIA	1,00	UNIDAD	$3.700.200,00	0%	0%		$3.700.200,00
2	P124	AIU	1,00	UNIDAD	$420.000,00	0%	19%		$420.000,00

Total Items: 2

Observaciones
FAVOR CONSIGNAR A LA CUENTA DE AHORROS NÚMERO 108900160483 BANCO DAVIVIENDA ACTA PAGO 02

Moneda		COP
Subtotal bruto	=	**$4.120.200,00**
Descuentos	-	$0,00
Recargos	+	$0,00
Subtotal neto	=	**$4.120.200,00**
Impuesto IVA (19%)	+	$79.800,00
Subtotal más impuestos	=	**$4.200.000,00**
Total deducciones	=	**$0,00**
Total a pagar	=	**$4.200.000,00**

Número de autorización: 18764095115891
Rango Autorizado:desde FEV 501 hasta FEV 1000
Expedida: 2025-07-02 **Vigencia:** 24 meses **Vencimiento:** 2027-07-02

Firma Digital:

RD+kPUPhSA41oj6uDuAnzYOqPtfJ19u7tv7xmMW4YC2CneCk4KbAk44el2IrUpy6W4FkiCwPSVX99d3YaQqBFnAmxBlyCv7Wi0wtLQ3VBzaPk3oPOy9hJUZM9pz9LWUX7nYSuSZbFB4jDTw8FwVBsBuMTI8hmBQWZ766rLlO+4fv6UnUJ99SsMQO0GOq2jvEtXGSXc9q98FX3rHLLeLiVnkgut7AwOMJmE7rTHA0JX2WZO5WnKlEcjnX3XM4V4iaF10RCLltpAV61kZEeaGlNNEz1weMSwQZ1xbWiDu3KiTI7yiW9ZUY6YMiy5FvhNkYJQKWJc4k74+Ng+E5QxzI3lQ==

		✓

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901559515-1	COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO INTEGRAL DEL NORES	CR 4 5 45 BRR CENTRO	3114508218	norestecta@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	B – menos de 200	PRINCIPAL / PPAL	SANTANDER	GUADALUPE		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		62139737	03/03/2026	10	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-02	E	$17,509,050	$6.728.000	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	1.094.500	0		0		0	0	0	0	1.094.500	5
EPS010	EPS Sura	800088702-2	218.900	0		0		0	0	0	0	218.900	1
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	218.900	0		0		0	0	0	0	218.900	1
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	437.800	0		0		0	0	0	0	437.800	2
EPS041	NUEVA E.P.S. S.A. MOV	900156264-2	218.900	0		0		0	0	0	0	218.900	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	560.400	0	0	0	0	0	0		560.400	2
230301	Porvenir	800224808-8	1.120.800	0	0	0	0	0	0		1.120.800	4
25-14	Colpensiones	900336004-7	1.120.800	0	0	0	0	0	0		1.120.800	4

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	159.000				159.000	0	0	159.000			1.590	159.000	10

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF40	Comfenalco Santander	890201578-7	701.000	0	0	701.000	10

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
351.000	0	0	351.000	10
ICBF				
526.000	0	0	526.000	10
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	5	2.189.000	2.189.000
Pensión	3	2.802.000	2.802.000
Riesgos Laborales	1	159.000	159.000
CCF	1	701.000	701.000
ESAP	0	0	0
ICBF	1	526.000	526.000
MEN	0	0	0
SENA	1	351.000	351.000
TOTALES	12	6.728.000	6.728.000

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901559515-1	COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO INTEGRAL DEL NORES		CR 4 5 45 BRR CENTRO	3114508218	norestecta@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	B – menos de 200 cot	PRINCIPAL	PPAL	SANTANDER	GUADALUPE		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		62139737	03/03/2026	10	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-02	E	$17,509,050	$6.728.000	

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES				
Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colomb. exterior	Estudiante	IGE	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
CC 1005650960	FARFAN RIOS ERIKA VIVIANA	1	0			N																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS041	1.750.905	30	218.900	14-11	1.750.905	30	1	9.200	CCF40	1.750.905	30	70.100	1.750.905	35.100	52.600	0	0
CC 1014274234	SANABRIA ROJAS DAIRO ALEJANDRO	1	0			N																	230201	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS017	1.750.905	30	218.900	14-11	1.750.905	30	1	9.200	CCF40	1.750.905	30	70.100	1.750.905	35.100	52.600	0	0
CC 1067901812	DIAZ GARCIA EDWIN	1	0			N																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS005	1.750.905	30	218.900	14-11	1.750.905	30	1	9.200	CCF40	1.750.905	30	70.100	1.750.905	35.100	52.600	0	0
CC 1088820440	ESTEVEZ GALVIS JOHANN YESID	1	0			N																	25-14	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS005	1.750.905	30	218.900	14-11	1.750.905	30	4	76.200	CCF40	1.750.905	30	70.100	1.750.905	35.100	52.600	0	0
CC 1101691070	MARTINEZ MARTINEZ CESAR AUGUSTO	1	0			N																	230201	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS037	1.750.905	30	218.900	14-11	1.750.905	30	1	9.200	CCF40	1.750.905	30	70.100	1.750.905	35.100	52.600	0	0
CC 1102359719	AYALA RUIZ LEYDY JOHANA	1	0			N																	25-14	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS005	1.750.905	30	218.900	14-11	1.750.905	30	1	9.200	CCF40	1.750.905	30	70.100	1.750.905	35.100	52.600	0	0
CC 1104078423	FRANCO BRICEÑO DIDIER YESID	1	0			N																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS005	1.750.905	30	218.900	14-11	1.750.905	30	1	9.200	CCF40	1.750.905	30	70.100	1.750.905	35.100	52.600	0	0
CC 1104071472	ALVAREZ MALDONADO JOSE ANTONIO	1	0			N																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS037	1.750.905	30	218.900	14-11	1.750.905	30	1	9.200	CCF40	1.750.905	30	70.100	1.750.905	35.100	52.600	0	0
CC 13717407	PICO VELASCO EDWIN ALBERTO	1	0			N																	25-14	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS010	1.750.905	30	218.900	14-11	1.750.905	30	1	9.200	CCF40	1.750.905	30	70.100	1.750.905	35.100	52.600	0	0
CC 28169084	PACHECO CLAUDIA JULIANA	1	0			N																	25-14	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS005	1.750.905	30	218.900	14-11	1.750.905	30	1	9.200	CCF40	1.750.905	30	70.100	1.750.905	35.100	52.600	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

DAVIVIENDA

Pago PSE

Resultado de su transacción

Estado
Aprobado

Valor del pago
$ 6.728.000,00

Número de aprobación
00793509

Motivo
MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Fecha del pago
03/03/2026

Referencia 1
190.0.244.179

Hora del pago
12:15 PM

Referencia 2
NIT

Número de producto origen
**********0483

Referencia 3
901559515

Destino del pago
COMPENSAR-OI

Código único CUS
108793509

Banco Davivienda S.A. Todos los derechos reservados 2017.

LA SUSCRITA CONTADORA PÚBLICA MARISOL URIBE QUINTERO CON TARJETA PROFESIONAL 138651-T

C E R T I F I C A

Que de acuerdo al artículo 50 de la ley 789 del 27 de diciembre de 2002, **COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO INTEGRAL DEL NORESTE COLOMBIANO** identificada con el Nit **901.559.515-1,** ha cumplido a cabalidad con los pagos del sistema de seguridad social en salud pensión, riesgos profesionales y con los aportes parafiscales y se encuentra a Paz y Salvo con Salud al mes de Marzo de 2026 y con Pensión al mes de Febrero de 2026.

Se expide a solicitud del interesado el (3) del mes de Marzo de 2026.

MARISOL URIBE QUINTERO
T.P 138651-T
CONTADOR PÚBLICO

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

1BDA703240448518E

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

CERTIFICA A:
QUIEN INTERESE

Que el contador público **MARISOL URIBE QUINTERO** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 37946633 de SOCORRO (SANTANDER) Y Tarjeta Profesional No 138651-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde la fecha de Inscripción.

NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS * * *

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA



NUMERO **37.946.633**

URIBE QUINTERO

APELLIDOS

MARISOL

NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **28-ABR-1976**

SOCORRO
(SANTANDER)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.46	**O+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

16-FEB-1995 SOCORRO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-2719900-00183913-F-0037946633-20091007 **00169**26110A 3 1970010305

Recaudo de Estampillas

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recibo Nº
2502600309784

Contribuyente

Trámite CONTRATO DE MANO DE OBRA

PRO HOSPITAL	$ 8.400
PRO UIS	$ 8.400

Total a Pagar **$ 16.800**

Fecha de Expedición 2026/05/06 **Fecha Limite de Pago** 2026/05/12

Con destino a: **Alcaldía de Oiba**

Contribuyente **Tipo de Doc.** NIT **Número** 9015595151

Nombre COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO INTEGRAL DEL NORESTE COLOME
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502600309784(3900)00000000016800(96)20260512

VALOR TOTAL CONTRATO	$ 42.000.000
VALOR ORDEN DE PAGO	$ 4.200.000
FECHA CONTRATO	28/01/2026
NRO. CONTRATO	136
NUMERO ORDEN DE PAGO	FEV948

Trámite

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502600309784

Trámite CONTRATO DE MANO DE OBRA

Con destino a: **Alcaldía de Oiba**

Tipo de Doc. NIT Número: 9015595151
Nombre: COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO INTEGRAL
Dirección: Teléfono:

VALOR TOTAL CONTRATO	$ 42.000.000
VALOR ORDEN DE PAGO	$ 4.200.000
FECHA CONTRATO	28/01/2026
NRO. CONTRATO	136
NUMERO ORDEN DE PAGO	FEV948

PRO HOSPITAL	$ 8.400
PRO UIS	$ 8.400

Total a Pagar **$ 16.800**

¡ 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
2502600309784

Trámite CONTRATO DE MANO DE OBRA

Con destino a: **Alcaldía de Oiba**

PRO HOSPITAL	$ 8.400
PRO UIS	$ 8.400

Total a Pagar **$ 16.800**

Contribuyente **Tipo de Doc.**NIT **Número** 9015595151

Nombre COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO INTEGRAL DEL NORESTE COLOME
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502600309784(3900)00000000016800(96)20260512

Fecha de Expedición 2026/05/06
Fecha Limite de Pago 2026/05/12

VALOR TOTAL CONTRATO	$ 42.000.000
VALOR ORDEN DE PAGO	$ 4.200.000
FECHA CONTRATO	28/01/2026
NRO. CONTRATO	136
NUMERO ORDEN DE PAGO	FEV948

Banco

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502600309784

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** NIT **Número** 9015595151

Nombre COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO INTEGRAL DEL NORESTE COI
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502600309784(3900)00000000016800(96)20260512

Trámite CONTRATO DE MANO DE OBRA

Con destino a: **Alcaldía de Oiba**

PRO HOSPITAL	$ 8.400
PRO UIS	$ 8.400

Pago Electrónico

Gmail

NORESTE CTA <norestecta@gmail.com>

PSE - Transacción Aprobada ■ CUS 287625546

1 mensaje

serviciopse@achcolombia.com.co <serviciopse@achcolombia.com.co>
Para: norestecta@gmail.com

6 de mayo de 2026 a las 6:51 p.m.

pse

¡Hola, NORESTE CTA CTA!

Estado de la Transacción: Aprobada

Los siguientes son los datos de tu transacción:

Valor: $ 16.800

Empresa: Departamento de Santander

Descripción: PSE

Fecha de la transacción: 06/05/2026

CUS: 287625546

Gracias por utilizar nuestro servicio.



Ten encuenta estos tips de seguridad:

- Usa dispositivos personales o de confianza para realizar tus pagos.
- No abras enlaces sospechosos.
- Cambia tus contraseñas con regularidad.
- Digita manualmente la URL del portal de tu entidad financiera.
- Recuerda que PSE nunca te contactará para solicitarte información personal.

"AVISO DE CONFIDENCIALIDAD:
La información contenida en este email está destinada para el uso del individuo o entidad a la cual está direccionado y contiene información que es de carácter Confidencial o Privada. Si usted no es el destinatario autorizado, cualquier retención, distribución, utilización, divulgación o copia del presente mensaje está terminantemente prohibida y puede ser sancionada por la ley. Si por error recibe este mensaje, favor notificar al remitente o a la direccion https://www.pse.com.co/web/guest/persona-centro-de-ayuda en el botón habla con nosotros, y elimine el mensaje y cualquier copia del mismo de forma inmediata. Este mensaje ha sido revisado con software antivirus, para evitar que contenga codigo malicioso que pueda afectar sistemas de cómputo, sin embargo, es responsabilidad del destinatario confirmar este hecho en el momento de su recepción. El presente mensaje no es una declaración oficial de ACH COLOMBIA S.A ni de ninguno de sus miembros de los cuerpos directivos de la compañia. Gracias."

ORDEN DE PAGO DEL SUPERVISOR A LA SECRETARÍA DE HACIENDA MUNICIPAL			
I. DATOS BÁSICOS DEL CONTRATO CPS-136-2026			
CONTRATISTA:	COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO INTEGRAL DEL NORESTE COLOMBIANO – CTA.		
C.C. o NIT:	901.559.515-1		
SUPERVISOR	RITO ANTONIO AGUILAR AYALA		
CARGO	SECRETARIO DE GOBIERNO, TRANSITO Y TRANSPORTE		
FECHA DE INICIO	30 de Enero de 2026	FECHA DE TERMINACIÓN	29 de Noviembre de 2026
OBJETO DEL CONTRATO:			
"PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE APOYO ADMINISTRATIVO A LA SECRETARIA DE GOBIERNO, TRANSITO Y TRANSPORTE EN LA MATERIA DE CONVIVENCIA Y SEGURIDAD CIUDADANA Y SOLUCIÓN DE CONFLICTOS DE CONVIVENCIA"			

II. DESCRIPCIÓN DEL PAGO							
No de cuenta de cobro	02	Periodo a cobrar	01/03/2026	31/03/2026	Acta:	Parcial:	X
						Final:	

CDP No.	202601280002	RP No.	202601300011
FECHA	28/01/2026	FECHA	30/01/2026
RUBRO	2.3.2.02.02.009.45.01.029 Servicio de apoyo financiero para proyectos de convivencia y seguridad ciudadana. 2.3.2.02.02.009.45.01.081 Servicio de apoyo para la atención de contravenciones y solución de conflictos de convivencia ciudadana.	FUENTE	1.2.4.3.03 SGP- PROPÓSITO GENERAL- PROPÓSITO GENERAL LIBRE INVERSIÓN 1.2.4.3.03 SGP- PROPÓSITO GENERAL- PROPÓSITO GENERAL LIBRE INVERSIÓN
CDP Adicional No.	N/A	RP Adicional No.	N/A
FECHA	N/A	FECHA	N/A
RUBRO	N/A	FUENTE	N/A
VALOR DE LA PRESENTE CUENTA DE COBRO:	$ 4.200.000,00	VALOR EN LETRAS:	CUATRO MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS M/CTE

ESTADO DE CUENTA					
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 42.000.000,00	Valor acta parcial No 03		Valor acta parcial No 08	
Adición (si lo hay)	$ 00,00	Valor acta parcial No 04		Valor acta parcial No 09	

Valor acta parcial No 01	$ 420.000,00	**Valor acta parcial No 05**		**Valor acta parcial No 10**	
Valor acta parcial No 01	$ 3.780.000,00	**Valor acta parcial No 06**		**Valor acta parcial No 11**	
Valor acta parcial No 02	$ 4.200.000,00	**Valor acta parcial No 07**		**Saldo (valor pendiente para pago)**	$ 33.600.000,00

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
62139737	Febrero- Marzo	03/03/2026	$ 2.189.000	$ 2.802.000	$ 159.000
Vr SENA	$ 351.000	**Vr. ICBF**	$ 526.000	**Vr. CCF**	$ 701.000
VALOR TOTAL CANCELADO APORTES				**$6.728.000**	

IV. ESTAMPILLA DEPARTAMENTAL

NÚMERO ESTAMPILLA	2502600309784	**FECHA DE PAGO**	06/05/2026	**VALOR PAGADO**	$16.800

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	
c.	Dependientes	SI		NO	X	**Valor Mensual: $**_____

La presente certificación se expide a los Cuatro (04) días del mes de junio 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 10 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,

RITO ANTONIO AGUILAR AYALA
SECRETARÍO DE GOBIERNO, TRANSITO Y TRANSPORTE
SUPERVISOR DEL CONTRATO

Mónica Melgarejo

ORDEN DE PAGO DEL SUPERVISOR A LA SECRETARÍA DE HACIENDA MUNICIPAL			
I. DATOS BÁSICOS DEL CONTRATO CPS-136-2026			
CONTRATISTA:	COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO INTEGRAL DEL NORESTE COLOMBIANO – CTA.		
C.C. o NIT:	901.559.515-1		
SUPERVISOR	RITO ANTONIO AGUILAR AYALA		
CARGO	SECRETARIO DE GOBIERNO, TRANSITO Y TRANSPORTE		
FECHA DE INICIO	30 de Enero de 2026	FECHA DE TERMINACIÓN	29 de Noviembre de 2026
OBJETO DEL CONTRATO:			
"PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE APOYO ADMINISTRATIVO A LA SECRETARIA DE GOBIERNO, TRANSITO Y TRANSPORTE EN LA MATERIA DE CONVIVENCIA Y SEGURIDAD CIUDADANA Y SOLUCIÓN DE CONFLICTOS DE CONVIVENCIA"			

II. DESCRIPCIÓN DEL PAGO							
No de cuenta de cobro	02	Periodo a cobrar	01/03/2026	31/03/2026	Acta:	Parcial:	X
						Final:	

CDP No.	202601280002	RP No.	202601300011
FECHA	28/01/2026	FECHA	30/01/2026
RUBRO	2.3.2.02.02.009.45.01.029 Servicio de apoyo financiero para proyectos de convivencia y seguridad ciudadana. 2.3.2.02.02.009.45.01.081 Servicio de apoyo para la atención de contravenciones y solución de conflictos de convivencia ciudadana.	FUENTE	1.2.4.3.03 SGP- PROPÓSITO GENERAL- PROPÓSITO GENERAL LIBRE INVERSIÓN 1.2.4.3.03 SGP- PROPÓSITO GENERAL- PROPÓSITO GENERAL LIBRE INVERSIÓN
CDP Adicional No.	N/A	RP Adicional No.	N/A
FECHA	N/A	FECHA	N/A
RUBRO	N/A	FUENTE	N/A

VALOR DE LA PRESENTE CUENTA DE COBRO:	$ 4.200.000,00	VALOR EN LETRAS:	CUATRO MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS M/CTE

ESTADO DE CUENTA					
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 42.000.000,00	Valor acta parcial No 03		Valor acta parcial No 08	
Adición (si lo hay)	$ 00,00	Valor acta parcial No 04		Valor acta parcial No 09	

Valor acta parcial No 01	$ 420.000,00	**Valor acta parcial No 05**		**Valor acta parcial No 10**	
Valor acta parcial No 01	$ 3.780.000,00	**Valor acta parcial No 06**		**Valor acta parcial No 11**	
Valor acta parcial No 02	$ 4.200.000,00	**Valor acta parcial No 07**		**Saldo (valor pendiente para pago)**	$ 33.600.000,00

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
62139737	Febrero- Marzo	03/03/2026	$ 2.189.000	$ 2.802.000	$ 159.000
Vr SENA	$ 351.000	**Vr. ICBF**	$ 526.000	**Vr. CCF**	$ 701.000
VALOR TOTAL CANCELADO APORTES				**$6.728.000**	

IV. ESTAMPILLA DEPARTAMENTAL

NÚMERO ESTAMPILLA	2502600309784	**FECHA DE PAGO**	06/05/2026	**VALOR PAGADO**	$16.800

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	
c.	Dependientes	SI		NO	X	**Valor Mensual: $**_____

La presente certificación se expide a los Cuatro (04) días del mes de junio 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 10 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,

RITO ANTONIO AGUILAR AYALA
SECRETARÍO DE GOBIERNO, TRANSITO Y TRANSPORTE
SUPERVISOR DEL CONTRATO

Mónica Melgarejo