

PERIODO DE: MAYO/2026

No. Contrato de Prestación de Servicios	Valor Total Contrato	Fecha de Inicio (DD/MM/AA)	Fecha de terminación (DD/MM/AA)	No. Cuotas	Valor Mes
CDPS-073-2026	\$ 13.859.692	30/01/2026	30/05/2026	4	\$ 3.464.923

SUPERVISOR DEL CONTRATO	Ángela María Bazurto Cubillos
--------------------------------	-------------------------------

Obligaciones Contractuales	MAYO del 2026 Actividades	Soportes
1. Apoyar el diseño de la propuesta de fortalecimiento de las competencias básicas en los estudiantes de pregrado.	Durante el mes de mayo no se realizaron actividades relacionadas con esta obligación, se realizaron en el mes de febrero.	No aplica
2. Presentar el material pedagógico diseñado en el marco de la implementación de la propuesta de fortalecimiento de las competencias básicas en los estudiantes de pregrado.	Durante el mes de mayo no se realizaron actividades relacionadas con esta obligación.	No aplica
3. Apoyar el diseño del programa de recreación, deporte y cultura de la institución para la vigencia 2026.	Durante el mes de abril no se realizaron actividades relacionadas con esta obligación.	No aplica

<p>4. Apoyar la implementación del programa de recreación, deporte y cultura diseñado</p>	<p>Brindé apoyo previo a la productora de la institución en la gestión y selección del espacio para la celebración del Día del Maestro, participando activamente en la visita técnica y en la degustación del menú para verificar los estándares de calidad y presentación; asimismo, articulé con el área de comunicaciones para la construcción del minuto a minuto del evento. Finalmente, durante el desarrollo de la jornada la cual tuvo como propósito reconocer y exaltar la labor pedagógica de los docentes, su compromiso con el bienestar estudiantil, el desarrollo del conocimiento y el fortalecimiento de la Acreditación de Alta Calidad Institucional, brindé acompañamiento en la recepción de los homenajeados y en la gestión logística para la entrega de los respectivos souvenirs y almuerzo.</p>	<p>https://drive.google.com/drive/folders/1k1CJJUTzPhLt1VCS9MhacTK4gXXmlzo5?usp=drive_link</p>
<p>5. Presentar estadísticas y alimentar las plataformas correspondientes.</p>	<p>Actualicé la plataforma ADVISER teniendo en cuenta la participación de la comunidad universitaria en las actividades de permanencia desarrolladas durante el mes en vigencia.</p>	<p>https://drive.google.com/drive/folders/11txOVwzIFB-KJkryFhtyPINzsgmr5mDF?usp=drive_link</p>
<p>6. Presentar informe de gestión y evaluación de las diferentes propuestas ejecutadas.</p>	<p>Presenté el respectivo informe técnico y de las actividades de permanencia correspondiente al mes en vigencia.</p>	<p>https://drive.google.com/drive/folders/1A6GxkICtDAITPFftE6GBgDF-yfznLNOd?usp=drive_link</p>
<p>7. Apoyar actividades desarrolladas por el área y reuniones de seguimiento.</p>	<p>Durante el mes de mayo no se realizaron actividades relacionadas con esta obligación.</p>	<p>No aplica</p>
<p>8. Facilitar el suministro de información y la documentación inherente al contrato cuando lo solicite el supervisor.</p>	<p>La información se encuentra disponible en el Drive para revisión y consulta por parte de la supervisora del contrato.</p>	<p>https://drive.google.com/drive/folders/1uvW4-WxQUDR3IYhimDE2MqNFSQIHLZGk?usp=drive_link</p>

<p>9. Entregar las bases de datos en medio magnético y físico al supervisor del contrato antes de la finalización del término del contrato.</p>	<p>Di cumplimiento a la obligación facilitando la información y documentación solicitada por la supervisión del contrato, remitiendo informes parciales y finales, soportes de actividades, listados de asistencia, evidencias fotográficas y demás documentos inherentes al desarrollo contractual.</p> <p>Asimismo, respondí oportunamente a las comunicaciones formales enviadas por el supervisor, aclarando dudas, ampliando información cuando fue necesario y asegurando la disponibilidad de los archivos solicitados en los formatos establecidos por la institución. Estas acciones garantizaron la adecuada trazabilidad del proceso y la verificación del cumplimiento de las actividades programadas.</p>	<p>https://drive.google.com/drive/folders/13cyUnuVNuKAXRKv8upxIzPv1mJFZVuy?usp=drive_link</p>
<p>10. Apoyar la organización del archivo de gestión del campo de formación integral de acuerdo con lineamientos, normativa y procedimientos técnicos.</p>	<p>Realicé la entrega de los listados de asistencia del periodo 2026-1 organizados cronológicamente a la auxiliar administrativa del área, con su respectiva acta de entrega.</p>	<p>https://drive.google.com/drive/folders/1qBk-GAwKBhq82F2ivJfZj6vx4IUrjk7a?usp=drive_link</p>

FIRMA DEL CONTRATISTA

Lina M^a Arboleda H.

Lina Maria Arboleda Hurtado

C.C. No 1.144.157.377 Expedida en Cali



DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR

CODIGO:
AP-FIN-FO-V02-06

VERSION: 01

FECHA: 06/Feb/2025

INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE BELLAS ARTES

NIT: 890.325.989-3

N° del documento: **DSPN 11342**

Dirección: AV 2 Norte 7N - 28 - Barrio Centenario /Cali -Valle del Cauca

Fecha de Emisión: 29 de mayo de 2026

Telefono: 6203333

Nombres y apellidos de quien se adquieren los bienes y/o servicios:

Lina Maria Arboelda Hurtado

NIT ó C.C

1.144.157.377

Fecha de la operación:

29/05/2026

Telefono:

3184230008

Descripción de la operación

Precio Total

Pago Cuota final No. 04 del contrato No. **CDPS--073-2026** de prestación de servicios que tiene como objeto: Prestar servicios profesionales para el fortalecimiento de las competencias básicas de lectura crítica, comunicación, razonamiento cuantitativo y competencias ciudadanas de los estudiantes de los programas de pregrado y brindar apoyo en el programa de permanencia estudiantil del Instituto Departamental de Bellas Artes.

\$ 3.464.923

Lina M Arboelda H.

Preparado por:

Aprobado y Contabilizado por:

Número de Autorización 18764101472289 aprobado el 20251112 prefijo DSPN desde el número 10.001 al 20.000 Vigencia: 24 meses

Este documento es propiedad del Instituto Departamental de Bellas Artes. Prohibida su alteración o modificación por cualquier medio.



**CERTIFICACIÓN DETERMINACIÓN RENTAS DE TRABAJO -
DECLARACIÓN FORMAL DE DESCUENTO POR PAGO AL SGSSI**

CODIGO: AP-BYS-FO-V01-07

VERSION: 01

PROCESO: GESTIÓN FINANCIERA

FECHA: 06/Feb/2025

Señores
INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE BELLAS ARTES
NIT: 890.325.989-3
Cali

REFERENCIA: CERTIFICACIÓN DETERMINACIÓN CEDULAR RENTAS DE TRABAJO

Yo, **Lina Maria Arboleda Hurtado** identificado(@) como aparece al pie de mi firma, declaro bajo la gravedad de juramento, que pertenezco a la cédula de Rentas de Trabajo establecida en el artículo 103 del Estatuto Tributario, y que la información suministrada es fidedigna y corresponde a los soportes que me permiten obtener las deducciones y rentas exentas para aplicar en los siguientes contratos de prestación de servicios suscritos con el Instituto Departamental de Bellas Artes.

No. Contrato de Prestación de Servicios y/o Orden de Servicios	Valor Total Contrato antes de IVA	Fecha de Inicio (DD/MM/AA)	Fecha de terminación (DD/MM/AA)	No. Cuotas	Valor Cuota
CDPS-073-2026	\$ 13.859.692	30/1/2026	30/5/2026	4	\$ 3.464.923

\$ 3.464.923

Total Ingreso mensual Base de Cotización Seguridad Social

\$ 1.750.905

Valor SMMLV 2026 **1.750.905**

¿Es usted Pensionado?	SI ()	NO (X)
<small>Seleccione "SI" únicamente si aplica al menos una de estas condiciones: 1. Ya cuenta con pensión reconocida. 2. Cumple las semanas cotizadas exigidas para pensionarse. 3. Obtuvo devolución de saldos o indemnización sustitutiva, según corresponda.</small>		
¿Es usted funcionario administrativo y/o docente de Bellas Artes?	SI ()	NO (X)
Adjuntó Certificado de Dependientes con anexos	SI ()	NO (X)

Declaración formal de descuento en aplicación del Dcto. 2271 de 2009 y el art. 126-1 del E.T.

Así mismo, declaro bajo gravedad de juramento en cumplimiento de lo establecido en el parágrafo 1 del artículo 4 del Decreto 2271 de 2009 y el artículo 126-1 del Estatuto tributario, que los soportes adjuntos a la presente declaración corresponden al pago de aportes obligatorios al Sistema de Seguridad Social Integral por concepto de salud y pensión, de los Contratos relacionados anteriormente suscritos con el Instituto Departamental de Bellas Artes.

A continuación se relacionan los documentos soporte de los aportes efectuados al Sistema de Seguridad Social Integral:

PERIODO COTIZADO	NOMBRE DE LA ENTIDAD		VALOR ESTIMADO POR PAGAR	VALOR DEL APOORTE PAGADO	VALOR TOTAL DE APORTES
MAYO	Salud	EPS COMFENALCO	\$218.900	\$218.900	\$508.300
	Pensión	PORVENIR	\$280.100	\$280.200	
	ARL	POSITIVA	\$9.100	\$9.200	

Así mismo, informo que mis ingresos por el respectivo periodo de cotización no exceden el tope de los 25 SMMLV de que trata el artículo 3 del Decreto 510 de 2003.

Firma: *Lina M Arboleda H.*

Nombres y apellidos: **Lina Maria Arboleda Hurtado**

N° documento de ID: **1.144.157.377**

Este documento es propiedad del Instituto Departamental de Bellas Artes. Prohibida su alteración o modificación por cualquier medio.

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1144157377	LINA MARIA ARBOLEDA HURTADO		cra 19 73 61	3184230008	linahurta@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
ÚNICA	I - Independiente			VALLE DEL CAUCA	CALI	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		89414400	05/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	\$1,750,905	\$543.400	

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					
EPS012	Comfenalco Valle EPS	890303093-5	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
230301	Porvenir	800224808-8	280.200	0	0	0	0	0	0		280.200	1

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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	9.200				9.200	0	0	9.200			92	9.200	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF56	Comfenalco Valle	890303093-5	35.100	0	0	35.100	1

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	218.900	218.900
Pensión	1	280.200	280.200
Riesgos Laborales	1	9.200	9.200
CCF	1	35.100	35.100
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	543.400	543.400

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1144157377	LINA MARIA ARBOLEDA HURTADO		cra 19 73 61	3184230008	linahurta@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			VALLE DEL CAUCA	CALI	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		89414400	05/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	\$1,750,905	\$543.400	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN				SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES																
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Apellidos y Nombres	Cotizante	Salud	Extranjero	Colom. exarator	Exonerado	ING	RET	TDE	TPE	TTP	UP	UPP	SEN	SENA	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
1	CC 1144157377	ARBOLEDA HURTADO LINA MARIA		59	0			N																230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS012	1.750.905	30	218.900	14-23	1.750.905	30	1	9.200	CCF56	1.750.905	30	35.100	0	0	0	0	0	

PAGADA