CÓDIGO: GJ-F-48	ACTA DE EJECUCIÓN PARCIAL	ALCALDÍA DE BUCARAMANGA — Instituto Municipal de Cultura y Turismo
VERSIÓN: 02		
FA: 4/05/2026	GESTIÓN JURÍDICA	

DATOS DEL CONTRATO				
DEPENDENCIA	DIRECCIÓN GENERAL			
ACTA No.	6			
FECHA DEL ACTA	2026-08-18			
No. DE CONTRATO Y FECHA	00000405 - 11/02/2026			
TIPO DE CONTRATO	CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES / APOYO A LA GESTIÓN			
CONTRATANTE	INSTITUTO MUNICIPAL DE CULTURA Y TURISMO NIT- **890 204594-9**			
OBJETO CONTRACTUAL	PRESTAR SERVICIOS COMO DOCENTE DE FORMACIÓN ARTÍSTICA DE EXTENSIÓN DE LA ESCUELA MUNICIPAL DE ARTES Y OFICIOS DE BUCARAMANGA (EMA) EN EL INSTITUTO MUNCIPAL DE CULTURA Y TURISMO DE BUCARAMANGA			
CONTRATISTA	NOMBRE	MARYELY DUARTE LEON		
	C.C./NIT	37729953		
ORDENADOR DEL GASTO	NOMBRE	NATHALIA MELISSA TORRES CARDENAS		
	CARGO	DIRECTORA GENRAL		
	C.C.	1098697081		
SUPERVISOR	NOMBRE:	DIANA CAROLINA DUARTE GALINDO		
	C.C./NIT:	63549053		
VALOR DEL CONTRATO	$ 29.400.000,00 MCTE			
VALOR ADICIONADO	$ 0,00 MCTE			
ANTICIPO O PAGO ANTICIPADO 0,00%	$ 0,00MCTE			
CDP	NÚMERO:	26-00143		
	FECHA:	15/01/2026		
CDP ADICIONAL	NÚMERO:	NA		
	FECHA:	NA		
RP	NÚMERO:	26-00444		
	FECHA:	11/02/2026		
RP ADICIONAL	NÚMERO:	N/A		
	FECHA:	NA		
PLAZO DEL CONTRATO	FECHA DE INICIO	12/02/2026		
	FECHA DE FINALIZACIÓN	11/09/2026		
	NUEVA FECHA TERMINACIÓN	NO APLICA		
	DURACIÓN	7 - MESES		
DATOS PARA PAGO DEL CONTRATO				
PERIODO DE COBRO	DESDE: 01/07/2026			
	HASTA: 30/07/2026			
VALOR A COBRAR	$ 4.200.000,00 MCTE			
PAGO DE LA SEGURIDAD SOCIAL	**PERIODO DE COTIZACIÓN**	**FECHA DE PAGO**	**Nro. PLANILLA INTEGRADA**	**INGRESO BASE DE COTIZACIÓN**
	JULIO	28/07/2026	4661604091	$ 1.750.905,00

CÓDIGO: GJ-F-48	ACTA DE EJECUCIÓN PARCIAL	ALCALDÍA DE BUCARAMANGA — Instituto Municipal de Cultura y Turismo
VERSIÓN: 02		
FA: 4/05/2026	GESTIÓN JURÍDICA	

	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	ADMINISTRADORA DE FONDO DE PENSIONES	ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
	SANITAS	COLPENSIONES	ARL SURA
	Vr PAGADO $ 218.900,00	Vr PAGADO $ 280.200,00	Vr PAGADO $ 9.200,00

CONSTANCIAS

1. En la ciudad de Bucaramanga, se reunieron DIANA CAROLINA DUARTE GALINDO, quien actúa en nombre y representación del INSTITUTO MUNICIPAL DE CULTURA Y TURISMO en calidad de Supervisor(a), y por la otra MARYELY DUARTE LEON, quien actúa en nombre y representación propia, con el fin de entregar y recibir el informe de avance de ejecución del Contrato.

2. El Contratista acreditó el pago de la seguridad social integral efectuado mediante la planilla relacionada.

3. El Contratista ha ejecutado las actividades estipuladas en el Contrato de acuerdo a las especificaciones técnicas y a satisfacción según informe de cumplimiento de obligaciones contractuales, las cuales fueron aprobadas por el Supervisor.

4. El Supervisor autoriza el pago de las actividades realizadas, de acuerdo con el siguiente detalle:

Valor ejecutado en la presente acta:	$ 4.200.000,00
Valor IVA:	No Aplica
Valor bruto ejecutado a pagar:	$ 4.200.000,00

5. Se adhiere y anula estampilla (s):

ESTAMPILLA	No	Valor
PRO UIS- PRO HOSPITAL	2502600495729	$ 168.000,00

Para constancia de lo anterior, se suscribe la presente acta en Bucaramanga, Santander el día 18 de Agosto de 2026.

DIANA CAROLINA DUARTE GALINDO
SUBDIRECTOR TECNICO
SUPERVISOR (A) DEL CONTRATO

MARYELY DUARTE LEON
CONTRATISTA

*Revisó: YERLY TATIANA MELENDEZ FUENTES
*Proyectó:MARIENNY CARRILLO DURAN

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Banco de Bogotá

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	37729053
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			MARYELY DUARTE LEON DUARTE LEON
CIUDAD/MUNICIPIO:	FLORIDABLANCA	DEPARTAMENTO:	SANTANDER
DIRECCIÓN:	CRA 8E 25 13 A202 LA CUMBRE	TELÉFONO:	6188263
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONÓMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			4461604091	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	julio AÑO	2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	julio AÑO	2026
DÍAS DE MORA:			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2026/07/28	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			630529

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACIÓN	MORA FSP	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 280.200	$ 0	$ 280.200
SUBTOTALES:										$ 280.200	$ 0	$ 280.200

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NUMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NUMERO AUTORIZACIÓN	LICENCIA MATERNIDAD VALOR	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	LIQUIDACIÓN VALOR ADRES	MORA COTIZACIÓN	MORA VALOR ADRES	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 218.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 218.900	$ 0	$ 0	$ 218.900
SUBTOTALES:													$ 218.900	$ 0	$ 0	$ 218.900

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP NUMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD IRP VALOR	INCAPACIDAD IRP PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 9.200	$ 9.200	$ 0	$ 0	$ 9.200
SUBTOTALES:									$ 9.200	$ 0	$ 0	$ 9.200

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE / NOVEDADES

Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
1	CC 37729053	DUARTE LEON MARYELY	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.750.905				NO																

SEGURIDAD SOCIAL – PENSIÓN

ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS AFILIADO	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.750.905	$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 280.200

SEGURIDAD SOCIAL – SALUD

ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE
EPS005-SANITAS S.A	30	$ 1.750.905	$ 218.900	$ 0	$ 218.900

SEGURIDAD SOCIAL – ARP

ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
14-11 - ARL SURA	30	$ 1.750.905	37729053	$ 9.200

PARAFISCALES

DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 508.300

Planilla Pagada
Planilla Pagada

TRANSACCION EXITOSA

Coopenessa Nit 800054946-6 Orden Servicio

Banco de Bogotá

MOVIIRED

Fecha Caja: 2026-07-28 11:43:07 a. m.
Fecha Actual: 2026-07-28 11:43:07 a. m.
No. OS: 66485511
Autorización: ON260728.1143.B26697
Agencia 618 Asturias
Caja 1 SILVIA.GAMBOA
Transacción 2821094
Convenio PLANILLA ASISTIDA OPERADOR SOI
Referencia 4661604091
Valor 508300
Comisión 0

V/R TOTAL	508.300
V/R MENS	
EFECTIVO	520.000
CHEQUES	0
VUELTOS	11.700
CUPONES	1

Este pago no genera cobro adicional

Protección de Datos
Autorizo el tratamiento de datos personales de acuerdo a la política de Coopenessa publicada en www.coopenessa.com

CONSERVE ESTE RECIBO, ES EL UNICO SOPORTE VALIDO PARA ATENDER CUALQUIER RECLAMACION.
LINEA DE SERVICIO AL CLIENTE
BUCARAMANGA 3108769737
BARRANCABERMEJA 6105575
servicioalcliente@coopenessa.com

banco popular
CF. TESORERIA GRAL. DEPTO. DE S/DER B/MANGA.
CAJA 02 | 31 JUL 2026 | OF. 495
RECIBIDO POR CAJA

SECRETARIA DE HACIENDA
DEPARTAMENTO DE SANTANDER
ESTAMPILLAS DEPARTAMENTALES
NIT 890.201 235-6

Recibo de recaudo No: **2502600495729**

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL
No. Documento: 37729953
Nombre,
MARYEI Y DUARTE LEON

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

VALOR BASE	4.200.000
VALOR TOTAL CONTRATO	29.400.000
VALOR ORDEN DE PAGO	4.200.000
FECHA CONTRATO	12/02/2026
NRO. CONTRATO	0405
NUMERO ORDEN DE PAGO	06

ESTAMPILLA-TASA-IMPUESTO-CONTRIBUCIÓN

PRO HOSPITAL	$84.000
PRO UIS	$84.000
TOTAL	$168.000

Total a pagar **$168.000**

banco popular

Con destino a:
Instituto Municipal de Cultura y Turismo de Bucaramanga

Fecha expedición, 2026/07/31
Fecha límite de pago: 2026/08/06

Puede ingresar a
https://edeskprisma.syc.com.co/SANTANDER
para validar y consultar el detalle del pago de la Estampilla Departamental.

RE-OP-07L

SOPORTE TRÁMITE

Powered by CamScanner