AQUÍ VIVE LA DEMOCRACIA
NIT: 899999096-0

FORMATO UNICO PARA PAGO DE CONTRATISTAS

Código:		Pág. 1 de 1
Versión:	001	
Fecha de Aprobación:	10/11/2022	
SECRETARIA GENERAL - COMISION SEPTIMA		
Proceso: ORDEN DE PAGO		

BENEFICIARIO:	AYDA LUCI AROSERO REYES						
C.C. o NIT:	27.090.422						
SUPERVISOR	RICARDO ALFONSO ALBORNOZ BARRETO						
FECHA DE INICIO	06 de Marzo de 2023	FECHA DE TERMINACION	05 de Julio de 2023				

PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL ESTUDIO Y ANÁLISIS DE LAS PROPUESTAS DE INICIATIVA LEGISLATIVA RADICADAS EN LA COMISIÓN SÉPTIMA CONSTITUCIONAL PERMANENTE EN MATERIA DE RECREACIÓN, DEPORTES, SALUD, ORGANIZACIONES COMUNITARIAS Y DE SEGURIDAD SOCIAL.

No de cuenta de cobro	1	**Periodo a cobrar**	Marzo 06 de 2023	Abril 05 de 2023	**Acta:**	Parcial:	x
						Final:	
CDP No.	123 de fecha 2023-01-06		**RP No.**	103723 de fecha 2023-03-03			
VALOR DE LA PRESENTE CUENTA DE COBRO:	$ 6.000.000	VALOR EN LETRAS:	**SEIS MILLONES DE PESOS M/CTE**				

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 24.000.000	**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 No 01	$ 6.000.000	**Valor acta parcial No 06**		**Valor acta parcial No 11**	$.....
Valor acta parcial No 02		**Valor acta parcial No 07**		**Valor acta parcial No 12**	$.....
Valor acta parcial No 03		**Valor acta parcial No 08**	$.....	**Saldo (valor pendiente para pago)**	$ 6.000.000

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. Se encuentran cargados en el sistema secoop.

No Planilla SS.	PENSIÓN	SALUD	ARL	TOTAL PAGADO	Periodo pagado de SS	mar-23
9449251269	$ 384.000	$ 300.000	$ 12.600	$ 696.600		

PARA LOS EFECTOS LEGALES EL SUPERVISOR CERTIFICA, QUE EL CONTRATISTA SUMINISTRÓ LA SIGUIENTE INFORMACION:

1. Que los pagos aportados de seguridad social sobre el periodo informado en la presente acta corresponden a los pagos efectuados sobre los ingresos percibidos como contratista de la Camara de Representantes, con la cual tiene suscrito el contrato mencionado .				
2. He contratado o vinculado dos (2) o más personas asociados a la actividad del presente contrato, (Articulo 383 E. T. Parágrafo 2.).	SI		NO	x
3. Manifiesta que es del regimen Comun	SI		NO	x
4. Manifiesta que es del regimen Simplificado	SI	X	NO	

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.

6. Que siguen vigentes, las condiciones para aplicar las deducciones presentadas para depuración de la base de retención en la fuente por concepto de:

a. Intereses de crédito de vivienda	SI		NO	x
b. Plan de Medicina Prepagada o Seguro de Salud	SI		NO	X
c. Dependientes	SI		NO	X

Valor Anual: $_____

Valor Mensual:

La presente certificación se expide a los 10 días del mes de Abril de 2023.

Observaciones:

RESPONSABLE:

FIRMA
Nombre RICARDO ALFONSO ALBORNOZ BARRETO
Cargo SECRETARIO GENERAL DE LA COMISION SEPTIMA

Funcionario de la División Financiera que Revisó: