Instituto Nacional de Metrología de Colombia	**CERTIFICACIÓN PARA PAGO**	Codigo: A-01-F-007 Version: 4 Pagina: 1 de 1

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA

Nombre o Razón Social:	INGENIERIA Y DISEÑO DE OCCIDENTE S.A.S		
Tipo de Documento:	NIT	**No. Documento:**	900448366-9
Dependencia:	Secretaría General	**Email:**	abedova@idoccidente.com

INFORMACIÓN DEL CONTRATO

Objeto:	INTERVENTORÍA TÉCNICA, ADMINISTRATIVA, FINANCIERA, LEGAL, AMBIENTAL Y DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, PARA EL CONTRATO DE OBRA QUE TIENE POR OBJETO "MEJORAMIENTO DE LAS INSTALACIONES ELÉCTRICAS DEL INSTITUTO NACIONAL DE METROLOGÍA		
No. Contrato	CONTRATO 185 DE 2023	**Novedades:**	**Sin Novedades**
Fecha de inicio (Según Acta):	2023-11-23	**Fecha de Terminación Anticipada:**	
Fecha de terminación:	2023-09-22	**Periodo a cobrar** (Solo en caso de Novedades)**:**	

INFORMACIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO

Valor Inicial	**$ 200.396.000,00**	**Registro Presupuestal (RP):**	**55323,00**
Adiciones	**$ -**	**Factura** (Si aplica)**:**	**FEL120**
Reducciones	**$ -**	**Periodo a Cobrar:**	**NOVIEMBRE**
Valor Total	**$ 200.396.000,00**	**VALOR A PAGAR:**	**$ 200.396.000,00**

Ejecución por Usos Presupuestales

Uso Presupuestal	Descripción	Procentaje Ejecución	Valor
A-02-02-02-008-003-01-1	SERVICIOS DE CONSULTORÍA EN ADMINISTRACIÓN Y SERVICIOS DE GESTIÓN	100%	$ 200.396.000,00
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
		100%	**$ 200.396.000,00**

INFORMACIÓN TRIBUTARIA Y SEGURIDAD SOCIAL

Responsabilidad Tributaria	**Responsable de IVA**	**Periodo de Seguridad Social:**	**NOVIEMBRE**		
	Facturador Electrónico	**Número de Planilla**	**9458740848,00**		
		Pensionado:	**No**	**Riesgo:**	**4**

AUTORIZACIÓN DE DESCUENTOS

* Autorizo los siguientes descuentos y solicito que los mismos sean consignados a la entidad financiera o fondo que relaciono:

AFC		Entidad Financiera:		Valor del Ahorro:	
Pensión Voluntaria		Fondo de Pensiones voluntarias:		Valor del Aporte:	

* Solicito que me sea aplicada una retención en la fuente adicional a título de renta así (Diligencie solo uno de los campos):

Porcentaje:		Valor:	

DECLARACIÓN JURAMENTADA

En mi calidad de contratista, declaro bajo gravedad de juramento, en cumplimiento de lo establecido en el parágrafo 1 del artículo 4 del Decreto 2271 de 2009, que el pago de aportes obligatorios al Sistema de Seguridad Social Integral por concepto de salud, pensión y ARL, corresponden a los ingresos provenientes del contrato objeto de este pago.

RECIBIDO A SATISFACCIÓN

En calidad de supervisor, manifiesto que el contratista cumplió a satisfacción y dentro de los términos contractuales con todas las obligaciones establecidas.

Igualmente certifico que el contratista dio cumplimiento a lo establecido en las disposiciones legales vigentes sobre el Sistema de Seguridad Social Integral (Artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y Art. 89 Ley 2277 de 2022) y cumplió con los aportes a salud, pensión y ARL.

Por lo anterior, autorizo el pago registrado en este formato.

FIRMAS

Firmado digitalmente por JAVIER HERNANDO NÚÑEZ
Fecha: 2023.12.13 15:03:10 -05'00'

Supervisor 1

Nombre Supervisor 1

Supervisor

Piensa en el medio ambiente, antes de imprimir este documento.

Cualquier copia impresa de este documento se considera como copia no controlada