CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CÁMARA DE REPRESENTANTES
AQUÍ VIVE LA DEMOCRACIA
NIT: 899999098-0

**CÁMARA DE REPRESENTANTES**
**GESTION FINANCIERA**

**FORMATO UNICO PARA PAGO DE CONTRATISTAS**

Codigo: 3-GF-S3-Ft-1
version: 01 | Pag: 01
vigente desde : 12/05/2022
DIVISION FINANCIERA Y PRESUPUESTO
PROCESO: ORDEN DE PAGO

## ORDEN DE PAGO DEL SUPERVISOR A LA DIVISION FINANCIERA Y PRESUPUESTO

### I. DATOS BASICOS DEL CONTRATO No 0207_2024

| | | | |
|---|---|---|---|
| **BENEFICIARIO:** | ELIZABETH RINCON CHINCHILLA | | |
| **C.C. o NIT:** | 1.116.780.126 | | |
| **SUPERVISOR** | JORGE EDISON CASTRO SALCEDO | | |
| **FECHA DE INICIO** | 26/01/2024 | FECHA DE TERMINACION | 25/07/2024 |

**OBJETO DEL CONTRATO:**

**OBJETO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN APOYO A LA GESTIÓN DOCUMENTAL, PARA LA ORGANIZACIÓN, CLASIFICACIÓN, FOLIACIÓN, REGISTRO DE LA DOCUMENTACIÓN FÍSICA Y ELECTRÓNICA DE LA OFICINA DE PLANEACIÓN Y SISTEMAS.**

### II. DESCRIPCION DEL PAGO

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **No de cuenta de cobro** | **2** | **Periodo a cobrar** | 26/02/2024 | 25/03/2024 | **Acta:** | Parcial: / Final: | X |
| **CDP No.** | 2024 | | **RP No.** | 25224 | | | |
| **VALOR DE LA PRESENTE CUENTA DE COBRO:** | $ 1.785.000 | VALOR EN LETRAS: | UN MILLÓN SETECIENTOS OCHENTA Y CINCO MIL PESOS M/CTE | | | | |

**ESTADO DE CUENTA**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | $ 10.710.000 | **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** | $ 1.785.000 | **Valor acta parcial No 06** | $..... | **Valor acta parcial No 11** | $..... |
| **Valor acta parcial No 02** | $ 1.785.000 | **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)** | **$7.140.000** |

### 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. Se encuentran cargados en el sistema secoop.**

| No Planilla SS. | PENSIÓN | SALUD | ARL | TOTAL PAGADO | Periodo pagado de SS | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 4539736861 | $ 122.900 | $ 96.000 | $ 4.100 | $223.000 | | FEBRERO DE 2024 |
| 4546517490 | $ 128.300 | $ 100.200 | $ 4.300 | $232.800 | | FEBRERO DE 2024 |

**CUMPLIMIENTO DECRETO 2271- 2009 POR PARTE DEL CONTRATISTA**

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, (Artículo 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 | |

**CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO SUPERVISOR**

**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.**

**EXCLUSIVO PARA DISMINUIR BASE DE RETENCION**

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 11 días del mes de abril de 2024.

Observaciones:

**RESPONSABLE:**

**Nombre: JORGE EDISON CASTRO SALCEDO**
**Cargo: Jefe Planeación y Sistemas**
**Revisó: Diana Marcela Reyes Martinez CPS 0082 2024**
**Nivier Antonio Valencia Silgado**
Funcionario de la División Financiera que Revisó:

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## SOPORTE DE PAGO GENERAL

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 1116780126 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | ELIZABETH RINCON CHINCHILLA |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | OCAÑA | DEPARTAMENTO: | NORTE DE SANTANDER |
| DIRECCIÓN: | CALLE 10 14-01 | TELÉFONO: | 5626728 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Comercio al por mayor de computadores, equipo per |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | SUCURSAL | SUCURSAL / DEPENDENCIA: | 01 - CONTRATO |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

**DATOS GENERALES DE LA PLANILLA**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | 4546517490 | | TIPO DE PLANILLA: | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES febrero AÑO 2024 | | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES febrero AÑO | 2024 |
| DÍAS DE MORA: | 32 | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | 2024/04/08 | | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 9998279277 |

**TOTAL APORTES A PENSIÓN**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS | | FSP | | MORA | | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | | EMPLEADOR | COTIZANTE | SOLIDARIDAD | SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN | FSP | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| 25-14 | 25-14 COLPENSIONES | 1 | $ 124.800 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 3.500 | $ 0 | $ 124.800 | $ 3.500 | $ 128.300 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | **$ 124.800** | **$ 3.500** | **$ 128.300** |

**TOTAL APORTES A SALUD**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD | | LICENCIA MATERNIDAD | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | | MORA | | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| ESSC62 | ESSC62-ASMET SALUD EPS | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 97.500 | $ 0 | $ 2.700 | $ 0 | $ 97.500 | $ 2.700 | $ 0 | $ 100.200 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | | | | **$ 97.500** | **$ 2.700** | **$ 0** | **$ 100.200** |

**TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP | | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| 14-23 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 1 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 4.100 | $ 4.100 | $ 200 | $ 0 | $ 4.300 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | **$ 4.100** | **$ 200** | **$ 0** | **$ 4.300** |

**LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES**

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | | SALUD | | | | | ARP | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | FSP SUBSISTENCIA | FSP SOLIDARIDAD | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE | DÍAS COT | IBC | CCF ADMIN | CCF TOTAL APORTE | SENA TOTAL APORTE | ICBF TOTAL APORTE | ESAP TOTAL APORTE | MINEDU TOTAL APORTE |
| 1 | CC 1116780126 | RINCON CHINCHILLA ELIZABETH | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | $ 1.300.000 | | | | NO | 13 | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 COLPENSIONES | 16 | $ 780.000 | $ 124.800 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Norma | $ 124.800 | ESSC62-ASMET SALUD EPS | 16 | $ 780.000 | $ 97.500 | $ 0 | $ 97.500 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 16 | $ 780.000 | 111678012 | $ 4.100 | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

| TOTAL | $ 232.800 |
|---|---|

Le faltó pago x debajo ibc comenzar Salen.

Planilla Pagada

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 1116780126 |
| NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: | | | ELIZABETH RINCON CHINCHILLA |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | OCAÑA | DEPARTAMENTO: | NORTE DE SANTANDER |
| DIRECCIÓN: | CALLE 10 14-01 | TELÉFONO: | 5626728 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Comercio al por mayor de computadores, equipo per |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

**DATOS GENERALES DE LA PLANILLA**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | 4539736861 | | | TIPO DE PLANILLA: | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES | febrero | AÑO 2024 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES febrero AÑO 2024 |
| DÍAS DE MORA: | 0 | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | 2024/02/21 | | | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | 9997758954 |

**TOTAL APORTES A PENSIÓN**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS | | FSP | | MORA | | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | | EMPLEADOR | COTIZANTE | SOLIDARIDAD | SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN | FSP | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| 25-14 | 25-14 COLPENSIONES | 1 | $ 122.900 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 122.900 | $ 0 | $ 122.900 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | **$ 122.900** | **$ 0** | **$ 122.900** |

**TOTAL APORTES A SALUD**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD | | LICENCIA MATERNIDAD | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | | MORA | | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| ESSC62 | ESSC62-ASMET SALUD EPS | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 96.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 96.000 | $ 0 | $ 0 | $ 96.000 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | | | | **$ 96.000** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 96.000** |

**TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP | | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| 14-23 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 1 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 4.100 | $ 4.100 | $ 0 | $ 0 | $ 4.100 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | **$ 4.100** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 4.100** |

**LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES**

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | | | | ARP | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | ADMIN | DÍAS COT. | IBC | COTIZACIÓN | FSP SUBSISTENCIA | FSP SOLIDARIDAD | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT. | IBC | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT. | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE | DÍAS COT. | IBC | CCF ADMIN | CCF TOTAL APORTE | SENA TOTAL APORTE | ICBF TOTAL APORTE | ESAP TOTAL APORTE | MINEDU TOTAL APORTE |
| 1 | CC 1116780126 | RINCON CHINCHILLA ELIZABETH | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | $ 1.920.000 | | | NO | 12 | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 COLPENSIONES | 12 | $ 768.000 | $ 122.900 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 122.900 | ESSC62-ASMET SALUD EPS | 12 | $ 768.000 | $ 96.000 | $ 0 | $ 96.000 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 12 | $ 768.000 | 111678012 | $ 4.100 | | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

| TOTAL | $ 223.000 |
|---|---|

Ok 2da Pago con ajuste en $ 1000

Planilla Pagada

**OFICINA DE PLANEACIÓN**
**Y SISTEMAS**

**OPS 1.6 - 0341 - 2024**

Bogotá D.C. 11 de abril de 2024

Señores:
**JEFE DIVISIÓN FINANCIERA**
Cámara de Representantes

**ASUNTO: REMISIÓN CUENTA DE COBRO 2**

Por medio de la presente remito a Ustedes la cuenta de cobro del contrato No. CPS_0207_2024 a nombre de ELIZABETH RINCON CHINCHILLA correspondiente al periodo del 26 de febrero de 2024 al 25 de marzo de 2024.

Anexo:

- Formato único para pago
- Formato de Acta parcial No. 02
- Certificación de cumplimiento
- Carta Decreto 2271 de 2009
- Planillas de pago de seguridad social integral
- Informe de actividades del contratista
- Evidencias

Cordialmente.

**JORGE EDISON CASTRO SALCEDO**
Jefe Oficina de Planeación y Sistemas (E)
Reviso: Diana Marcela Reyes Martinez CPS_0082_2024

Nivier Antonio Valencia Silgado

DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA
CÁMARA DE REPRESENTANTES
**FORMATO DE ACTA PARCIAL N° 2**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Contrato No.** | CPS_0207_2024 | | |
| **Objeto** | OBJETO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN APOYO A LA GESTIÓN DOCUMENTAL, PARA LA ORGANIZACIÓN, CLASIFICACIÓN, FOLIACIÓN, REGISTRO DE LA DOCUMENTACIÓN FÍSICA Y ELECTRÓNICA DE LA OFICINA DE PLANEACIÓN Y SISTEMAS. | | |
| **Valor Total Principal** | $10.710.000 | **Reg. Presupuestal No.** | **25224** |
| **Contratista** | ELIZABETH RINCON CHINCHILLA | | |
| **Supervisor Jefe de la Oficina de Planeación y Sistemas** | JORGE EDISON CASTRO SALCEDO | | |
| **Fecha de Inicio** | 26 de enero de 2024 | | |
| **Fecha de terminación** | 25 de julio de 2024 | | |
| **Plazo de Ejecución** | Seis (06) meses contados a partir de la suscripción del acta de inicio. | | |

| **FECHA DEL ACTA PARCIAL N°2** | **Año** | **Mes** | **Día** |
|---|---|---|---|
| | 2024 | 04 | 11 |

En la ciudad de Bogotá D.C., en la fecha antes indicada contratista y supervisor suscriben la presente Acta parcial del contrato antes identificado y autorizar su correspondiente pago.

| | |
|---|---|
| **Periodo informado** | Del 26 de febrero de 2024 a 25 de marzo de 2024 |
| **Actividades desarrolladas** | 1. **Apoyar en la organización, administración, control y digitalización de los documentos que reposan en los archivos de gestión documental de la oficina de Planeación y Sistemas.**<br><br>Durante el periodo reportado brindé apoyo en la organización documental del acervo entregado por la Comisión Primera del Senado de la República con el fin de iniciar el proceso de digitalización en el marco del proyecto de gestión documental de la Cámara de Representantes. |

| | |
|---|---|
| | **2. Brindar apoyo en la elaboración de actas e informes relacionados con los procesos y/o proyectos de gestión documental**<br><br>Brindé apoyo en la revisión del acta de entrega n°3 por parte del contratista Almarchivos con la que se formaliza la entrega de las imágenes y bases de datos para el software de consulta del proyecto de mejoramiento del sistema de gestión documental y la implementación de la plataforma tecnológica de almacenamiento del acervo documental de la Cámara de Representantes.<br><br>**3. Apoyar la revisión de inventarios documentales, bases de datos y matrices relacionadas con los procesos y/o proyectos de gestión documental.**<br><br>Brindé apoyo en la revisión del inventario documental levantado en estado natural para el archivo de la Comisión Primera en calidad de custodia para el proceso de intervención en el archivo central de la Cámara de Representantes.<br><br>**4. Las demás que indique el supervisor del contrato y que se desprendan del objeto y naturaleza contractual.**<br><br>Asistí y participé en la mesa de trabajo para recibir los lineamientos del proceso de selección documental para el proceso de digitalización de expedientes de las diferentes dependencias de la entidad. |
| **Evidencias de la ejecución del contrato** | ADJUNTO INFORME DE LABORES REVISADO POR EL RESPECTIVO SUPERVISOR DEL CONTRATO. |

| **ESTADO DE CUENTA** | |
|---|---|
| **Valor Total Principal** | **$10.710.000** |
| **Valor Acta Parcial 1** | **$1.785.000** |
| **Valor a pagar en el presente acta parcial 2** | **$1.785.000** |
| **Saldo (Valor pendiente para pago )** | **$7.140.000** |

| **APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL** | | | |
|---|---|---|---|
| **Entidad en donde se realiza el pago.** | SOI | **Valor total del aporte** | $455.800 |
| **Planilla No.** | 4539736861-4546517490 | **Salud** | $196.200 |
| **Periodo cotizado** | **Febrero DEL 2024** | **Pensión** | $251.200 |
| | **Febrero DEL 2024** | **ARP** | $8.400 |

| ANEXOS: | Marque con x |
|---|---|
| Recibo de pago de seguridad social | |
| Copia planillas de aporte | X |
| Otros | |

| | | |
|---|---|---|
| **Firma** | Elizabeth Rincon Chinchilla | |
| **Nombre** | **ELIZABETH RINCON CHINCHILLA** | **JORGE EDISON CASTRO SALCEDO** |
| | **Contratista** | **Supervisor**<br>**Jefe Oficina de Planeación y Sistemas** |

Revisó: Diana Marcela Reyes Martinez CPS_0082_2024

Nivier Antonio Valencia

**EL JEFE DE LA OFICINA DE PLANEACIÓN Y SISTEMAS DE LA CÁMARA DE REPRESENTANTES**

**HACE CONSTAR:**

Que la señora, **ELIZABETH RINCÓN CHINCHILLA** Identificada con Cédula de Ciudadanía No. 1.116.780.126 de Arauca, cumplió con el objeto y las obligaciones del contrato de prestación de Servicios No. CPS_0207_2024, en la Oficina de Planeación y Sistemas en temas relacionados con **PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN APOYO A LA GESTIÓN DOCUMENTAL, PARA LA ORGANIZACIÓN, CLASIFICACIÓN, FOLIACIÓN, REGISTRO DE LA DOCUMENTACIÓN FÍSICA Y ELECTRÓNICA DE LA OFICINA DE PLANEACIÓN Y SISTEMAS.** Prestando sus servicios entre el 26 de febrero de 2024 al 25 de marzo de 2024.

La presente se otorga en Bogotá D.C. el día 11 del mes de abril de 2024, con el fin de certificar el cumplimiento de lo contratado.

**Cordialmente,**

**JORGE EDISON CASTRO SALCEDO**
Jefe Oficina de Planeación y Sistemas

Nivier Antonio Valencia

Bogotá D.C, 11 de abril del 2024

Señores
**DIRECCIÓN FINANCIERA Y DE PRESUPUESTO**
**CÁMARA DE REPRESENTANTES**
Ciudad

**Referencia: CERTIFICACIÓN DECRETO 2271 DE JUNIO 18 DE 2009**

Cordial saludo,

En atención a la referencia, obrando en nombre propio e identificado como aparece al pie de mi firma, me permito certificar bajo la gravedad de juramento que los pagos aportados de seguridad social, correspondientes al mes de Febrero del 2024 corresponden a los ingresos percibidos como contratista de la Cámara de Representantes, con la cual tengo suscrito el contrato número CPS_0207_2024, Iniciando el 26 de enero de 2024 y finalizando el 25 de julio de 2024 por un valor de **DIEZ MILLONES SETECIENTOS DIEZ MIL PESOS M/CTE ($ 10.710.000) M/CTE.**

Los ingresos correspondientes al pago del periodo del 26 de febrero de 2024 al 25 de marzo de 2024, ascienden a la suma de $1.785.000

Igualmente, certifico que pertenezco al régimen Simplificado,

Igualmente, manifiesto, que de conformidad al parágrafo 2 del artículo 383 E. T, no tengo contratadas a mi cargo más personas.

Elizabeth Rincon Chinchilla

**ELIZABETH RINCON CHINCHILLA**
CC No. 1.116.780.126 de Arauca
CONTRATISTA