	Cámara de representantes Gestión financiera	
	FORMATO UNICO PARA PAGO DECONTRATISTAS	Código: 3-GF-S3-Ft-1 Versión: 01 Pag: 01 Vigente desde: 12/05/2022 DIVISIÓN FINANCIERA Y PRESUPUESTO PROCESO: ORDEN DE PAGO

ORDEN DE PAGO DEL SUPERVISOR A LA DIVISION FINANCIERA Y PRESUPUESTO

I. DATOS BASICOS DEL CONTRATO No CPS_0199_2024

BENEFICIARIO:	**JAIME ENRIQUE VARGAS MORON**		
C.C. o NIT:	**1.019.127.815 de Bogotá**		
SUPERVISOR	**JORGE EDISON CASTRO SALCEDO**		
FECHA DE INICIO	**25-01-24**	FECHA DE TERMINACION	**24-7-24**

OBJETO DEL CONTRATO:

PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO EN EL PROCESO DE PRESENTACIÓN DE CUENTAS DE COBRO DE LOS CONTRATISTAS DE CALIDAD EN LA OFICINA DE PLANEACIÓN Y SISTEMAS

II. DESCRIPCION DEL PAGO

No de cuenta de cobro	**04**	**Periodo a cobrar**	**25-abr-2024**	**24-may-2024**	**Acta:**	Parcial:	X
						Final:	
CDP No.	2024		**RP No.**	23924			
VALOR DE LA PRESENTE CUENTA DE COBRO:	$3.307.500	**VALOR EN LETRAS:**	TRES MILLONES TRESCIENTOS SIETE MIL QUINIENTOS PESOS M/CTE				

ESTADO DE CUENTA

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$19.845.000	**Valor acta parcial No 04**	$3.307.500	**Valor acta parcial No 09**	**N/A**
Adición (si lo hay)	N/A	**Valor acta parcial No 05**	X	**Valor acta parcial No 10**	**N/A**
Valor acta parcial No 01	$3.307.500	**Valor acta parcial No 06**	X	**Valor acta parcial No 11**	**N/A**
Valor acta parcial No 02	$3.307.500	**Valor acta parcial No 07**	X	**Valor acta parcial No 12**	**N/A**
Valor acta parcial No 03	$3.307.500	**Valor acta parcial No 08**	X	**Saldo (valor pendiente para pago)**	**$6.615.000**

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 secop.

No Planilla SS.	**PENSIÓN**	**SALUD**	**ARL**	**CCF**	**TOTAL PAGADO**	**Periodo pagado de S.S.**	**abril 2024**
76843807	**$211.200**	**$165.000**	**$6.900**	**$26.400**	**$409.500**		
77371810	**$900**	**$800**	**$200**	**$200**	**$2.100**		

CUMPLIMIENTO DECRETO 2271- 2009 POR PARTE DEL CONTRATISTA

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

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 Cámara de Representantes, con la cual tiene suscrito el contrato mencionado.

2. He contratado o vinculado dos (2) o más personas asociadas ala actividad del presente contrato, (Artículo 383 E.T. Parágrafo 2.).	SI		NO	X
3. Manifiesta que es del régimen Común	SI		NO	X
4. Manifiesta que es del régimen Simplificado	SI	X	NO	

CERTIFICACIÓN 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 elmismo, 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 27 dias del mes de mayo de 2024

Observaciones: Se adjunta planilla pagada del mes de Abril 2024

RESPONSABLE:

JORGE EDISON CASTRO SALCEDO
JEFE OFICINA DE PLANEACION Y SISTEMAS

VoBo MARIANA NUÑEZ CPS_0100_2024

Revisó: Nivier Antonio Valencia

Funcionario de la División Financiera que Revisó:

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1019127815	JAIME ENRIQUE VARGAS MORON		cll 163 #17 85	7061982	JAIMEVARGAS02_10@HOTMAIL.COM
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
76843807	06/05/2024				EMPLEADOS: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2024-04	2024-04	N	27/05/2024	77371810	$2.100

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	SubTipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1019127815	VARGAS MORON JAIME ENRIQUE	57	0			N																	230301	1.325.000	212.000	0	0	0	0	EPS005	1.325.000	165.700	14-11	1.325.000	1	7.000	CCF24	1.325.000	26.500	0	0	0	0	0

Look 2do Pago Abril
ibc ajustado.

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1019127815	JAIME ENRIQUE VARGAS MORON		cll 163 #17 85	7061982	JAIMEVARGAS02_10@HOTMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
76843807	06/05/2024				1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-04	2024-04	N	27/05/2024	77371810	$2.100	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	700	0		0		0	20	100	0	800	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	800	0	0	0	0	20	100	0	900	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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	100				100	20	100	200			1	200	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	100	20	100	200	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	700	800
Pensión	1	800	900
Riesgos Laborales	1	100	200
CCF	1	100	200
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	1.700	2.100

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1019127815	JAIME ENRIQUE VARGAS MORON		cll 163 #17 85	7061982	JAIMEVARGAS02_10@HOTMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-04	2024-04	I	06/05/2024	76843807	$409.500	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estudiante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1019127815	VARGAS MORON JAIME ENRIQUE	57	0			N																	230301	1.320.000	211.200	0	0	0	0	EPS005	1.320.000	165.000	14-11	1.320.000	1	6.900	CCF24	1.320.000	26.400	0	0	0	0	0

ibc x debajo.
1er Pago.

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1019127815	JAIME ENRIQUE VARGAS MORON	cll 163 #17 85	7061982	JAIMEVARGAS02_10@HOTMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-04	2024-04	I	06/05/2024	76843807	$409.500	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	165.000	0		0		0	0	0	0	165.000	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	211.200	0	0	0	0	0	0		211.200	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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	6.900				6.900	0	0	6.900			69	6.900	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	26.400	0	0	26.400	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	165.000	165.000
Pensión	1	211.200	211.200
Riesgos Laborales	1	6.900	6.900
CCF	1	26.400	26.400
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	409.500	409.500

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

OFICINA DE PLANEACIÓN Y SISTEMAS

OPS.1.6 - 0586 - 2024
Bogotá D.C. 27 de mayo de 2024

Señores:
JEFE DIVISIÓN FINANCIERA
Cámara de Representantes

ASUNTO: REMISIÓN CUENTA DE COBRO N°4
Por medio de la presente remito a Ustedes la cuenta de cobro del contrato No. **CPS_0199_2024** a nombre de **JAIME ENRIQUE VARGAS MORON** correspondiente al periodo del **25 de abril de 2024 al 24 de mayo de 2024**.

Anexo:

- Formato unico para pago.
- Formato de Acta parcial No. 4
- 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
VoBo MARIANA NUÑEZ CPS_0100_2024

Nivier Antonio Valencia

DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA
CÁMARA DE REPRESENTANTES
FORMATO DE ACTA PARCIAL N° 4

Contrato No.	CPS_0199_2024		
Objeto	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN EN LA OFICINA DE PLANEACIÓN Y SISTEMAS EN EL PROCESO DE RADICACIÓN DE CUENTAS DE COBRO DE LOS CONTRATISTAS DE CALIDAD		
Valor Total Principal	**19.845.000**	**Reg. Presupuestal No.**	**23924**
Contratista	JAIME ENRIQUE VARGAS MORON		
Supervisor Jefe de la Oficina de Planeación y Sistemas	JORGE EDISON CASTRO SALCEDO		
Fecha de Inicio	25 de enero de 2024		
Fecha de terminación	24 de julio de 2024		
Plazo de Ejecución	Seis (6 meses)		

FECHA DEL ACTA PARCIAL N°4	**Año**	**Mes**	**Día**
	2024	05	27

En la ciudad de Bogotá D.C., en la fecha antes indicada contratista y supervisor suscriben la presente Acta parcial 04 del contrato antes identificado y autorizar su correspondiente pago.

Periodo informado	**25 de abril de 2024 al 24 de mayo de 2024**
Actividades desarrolladas	1. Apoyar en la revisión de documentos y actas parciales presentados por los contratistas. 1.1. Se apoya la revisión del Acta parcial Patricia Elvira Beltrán Torrado y Carlos Andrés Villamizar Ruiz

	2. Realizar informe semanal de los próximos contratistas a presentar cuentas de cobro y realizar el reporte. 2.1. Se proyecta la matriz de control de contratista próximos a presentar cuentas de cobro en la primera semana de Mayo 2024. 3. Asistir la radicación de las cuentas de cobro de los contratistas de calidad siguiendo el correcto protocolo. 3.1. Se apoyó la radicación de la cuenta de cobro de Patricia Elvira Beltrán Torrado y Carlos Andrés Villamizar Ruiz 4. Las demás que indique el supervisor del contrato y que se desprendan del objeto y naturaleza contractual. 4.1. No se requirió de esta actividad para el periodo.
Evidencias de la ejecución del contrato	ADJUNTO INFORME DE LABORES REVISADO POR EL RESPECTIVO SUPERVISOR DEL CONTRATO.
ESTADO DE CUENTA	
Valor Total Principal	**$19.845.000**
Valor Acta Parcial 1	**$3.307.500**
Valor a pagar en el presente acta parcial 1	**$3.307.500**
Valor a pagar en el presente acta parcial 2	**$3.307.500**
Valor a pagar en el presente acta parcial 3	**$3.307.500**
Valor a pagar en el presente acta parcial 4	**$3.307.500**
Saldo (Valor pendiente para pago)	**$6.615.000**

APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL			
Entidad en donde se realiza el pago.	MI PLANILLA	**Valor total del aporte**	**$ 409.500** **$ 2.100**
		CCF	$ 26.400 $ 200
Planilla No.	76843807 77371810	**Salud**	165.000 $ 800
Periodo cotizado	**abril de 2024**	**Pensión**	$ 211.200 $ 900
	abril de 2024	**ARP**	6.900 $ 200

ANEXOS:	***Marque con x***
Recibo de pago de seguridad social	
Copia planillas de aporte	**x**
Otros	

Firma		
Nombre	**JAIME ENRIQUE VARGAS MORON**	**JORGE EDISON CASTRO SALCEDO**
	Contratista	**Supervisor** **Jefe Oficina de Planeación y Sistemas**

VoBo MARIANA NUÑEZ CPS_0100_2024

Nivier Antonio Valencia

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

HACE CONSTAR:

Que el señor, **JAIME ENRIQUE VARGAS MORON** Identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1.019.127.815 de Bogotá , cumplió con el objeto y las obligaciones del contrato de prestación de Servicios No. **CPS_0199_2024**, en la Oficina de Planeación y Sistemas en temas relacionados con **PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO EN EL PROCESO DE PRESENTACIÓN DE CUENTAS DE COBRO DE LOS CONTRATISTAS DE CALIDAD EN LA OFICINA DE PLANEACIÓN Y SISTEMAS.** Prestando sus servicios entre el **25 de abril de 2024 al 24 de mayo de 2024.**

La presente se otorga en Bogotá D.C. el día 27 de mayo 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, 27 de mayo de 2024

Señores
DIRECCIÓN FINANCIERA Y DE PRESUPUESTO
CÁMARA DE REPRESENTANTES
Ciudad

Referencia: CERTIFICACIÓN DECRETO 2271 DE JUNIO 18 DE 2009

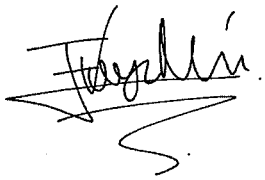
Cordial saludo,

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 **abril de 2024** corresponden a los ingresos percibidos como contratista de la Cámara de Representantes, con la cual tengo suscrito el contrato número **CPS_0199_2024**, Iniciando el **25 de enero de 2024 y finalizando el 24 de julio de 2024** por un valor de **DIEZ Y NUEVE MILLONES OCHOCIENTOS CUARENTA Y CINCO MIL PESOS M/CTE ($19.845.000).**

Los ingresos correspondientes al pago del periodo del **25 de abril de 2024 al 24 de mayo de 2024 al ascienden a la suma de $ 3.307.500**

Igualmente, certifico que pertenezco al régimen Simplificado,

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



JAIME ENRIQUE VARGAS MORON
CC No. 1.019.127.815 de Bogotá
CONTRATISTA

AQUI VIVE LA DEMOCRACIA

CAMARA DE REPRESENTANTES DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA		
FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES POR PARTE DEL CONTRATISTA	CODIGO	
	VERSION	
	FECHA	

NOMBRE:	JAIME ENRIQUE VARGAS MORON				**C.C. No:**	1.019.127.815	
N° CONTRATO:	CPS_0199_2024	**AÑO CONTRATO:**	2024	**VIGENCIA DESDE:**	25-01-24	**HASTA:**	24-7-24

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO EN EL PROCESO DE PRESENTACIÓN DE CUENTAS DE COBRO DE LOS CONTRATISTAS DE CALIDAD EN LA OFICINA DE PLANEACIÓN Y SISTEMAS

NÚMERO DE PAGO	4
NOMBRE DEL SUPERVISOR Y CARGO:	JORGE EDISON CASTRO SALCEDO - Jefe Oficina de Planeacion y Sistemas

DESCRIPCIÓN DE OBLIGACIONES Y ACTIVIDADES DURANTE EL RESPECTIVO PERIODO

DETALLAR OBLIGACIONES ESTIPULADAS EN EL CONTRATO	DETALLAR LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL RESPECTIVO PERIODO, RESPECTO A CADA UNA DE LAS OBLIGACIONES ESTIPULADAS EN EL CONTRATO
Apoyar en la revisión de documentos y actas parciales presentados por los contratistas.	Se apoya la revisión del Acta parcial Patricia Elvira Beltrán Torrado y Carlos Andrés Villamizar Ruiz
Realizar informe semanal de los próximos contratistas a presentar cuentas de cobro y realizar el reporte.	Se proyecta la matriz de control de contratista próximos a presentar cuentas de cobro en la primera semana de Mayo 2024.
Asistir la radicación de las cuentas de cobro de los contratistas de calidad siguiendo el correcto protocolo.	Se apoyó la radicación de la cuenta de cobro de Patricia Elvira Beltrán Torrado y Carlos Andrés Villamizar Ruiz
Las demás que indique el supervisor del contrato y que se desprendan del objeto y naturaleza contractual.	No se requirió de esta actividad para el periodo.

Productos y/o Otros Anexos

Informe de Actividades

Observaciones o Información Adicional

FIRMA DEL CONTRATISTA

CERTIFICACIÓN DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

- ***En mi calidad de supervisor del Contrato de prestación de Servicios arriba relacionado, certifico el cumplimiento a cabalidad de las obligaciones establecidas en el mismo por parte del contratista y el desarrollo de las actividades descritas en el presente informe***

FIRMA DEL SUPERVISOR

Nivier Antonio Valencia

Si usted copia o imprime este documento, la URT lo considerará como No Controlado y no se hace responsable por su consulta o uso. Si desea consultar la versión vigente y controlada, consulte siempre la Intranet