CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA CÁMARA DE REPRESENTANTES AQUÍ VIVE LA DEMOCRACIA NIT: 899999098-0	**FORMATO UNICO PARA PAGO DE CONTRATISTAS**	Código:		Pág. 1 de 1
		Versión:	001	
		Fecha de Aprobación:	16/05/2022	
		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. CPS_1019_2024

BENEFICIARIO:	YOYNEL JESUS MOYA VILLERO		
C.C. o NIT:	1122403851 San Juan del Cesar- La Guajira		
SUPERVISOR	DIANA MARCELA MORALES ROJAS		
FECHA DE INICIO	20-03-24	FECHA DE TERMINACION	01-07-24

OBJETO DEL CONTRATO:

"PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES COMO ABOGADO PARA ABORDAR Y EJECUTAR LAS INSTRUCCIONES JURÍDICAS REALIZADAS POR LA MESA DIRECTIVA DE LA CÉLULA CONGRESIONAL"

II. DESCRIPCION DEL PAGO

No de cuenta de cobro	4	**Periodo a cobrar**	20/06/24	01/07/24	**Acta:**	Parcial:	
						Final:	X
CDP No.	9624		**RP No.**	140724			
VALOR DE LA PRESENTECUENTA DE COBRO:	**$ 3.200.000**	VALOR EN LETRAS:	TRES MILLONES DOCIENTOS MIL PESOS MCTE				

ESTADO DE CUENTA

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$ 27.200.000**	**valor acta final**	**$3.200.000**	**Valor acta parcial No 09**	**$.....**
Adición (si lo hay)	$.....	**Valor acta parcial No 05**	**$.....**	**Valor acta parcial No 10**	**$.....**
Valor acta parcial No 01	$8.000.000	**Valor acta parcial No 06**	**$.....**	**Valor acta parcial No 11**	**$.....**
Valor acta parcial No 02	$8.000.000	**Valor acta parcial No 07**	**$.....**	**Valor acta parcial No 12**	**$.....**
Valor acta parcial No 03	$8.000.000	**Valor acta parcial No 08**	**$.....**	**Saldo (valor pendiente para pago)**	**$ 0**

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	
78327197 78378336 78378877	**$320.000** **$192.000** **$ 17.100**	**$250.000** **$150.000** **$13.400**	**$10.500** **$6.300** **$600**	**$580.500** **$348.300** **$31.100**		Junio Julio

CUMPLIMIENTO DECRETO 2271- 2009 POR PARTE DEL CONTRATISTA					CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO SUPERVISOR
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 .					**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.**
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		

EXCLUSIVO PARA DISMINUIR BASE DE RETENCION

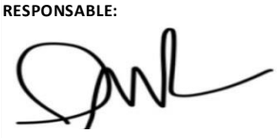
6. Que siguen vigentes, las condiciones para aplicar las deducciones presentadas para depuración de la base de retención en la fuente por concepto de:

a. Intereses de crédito de vivienda	SI		NO	X	**Valor Anual: $**_____
b. Plan de Medicina Prepagada o Seguro de Salud	SI		NO	X	**Valor Mensual: $**_____
c. Dependientes	SI		NO	X	

La presente certificación se expide a los 03 días del mes de julio de 2024

Observaciones:

RESPONSABLE:



FIRMA_____

Nombre

Cargo

Funcionario de la División Financiera que Revisó:

AQUI VIVE LA DEMOCRACIA

CAMARA DE REPRESENTANTES
DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA

FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES POR PARTE DEL CONTRATISTA
(APLICA PARA CONTRATOS DE PRESTACION DE SERVICIOS PERSONALES)

CODIGO	
VERSION	
FECHA	
PAGINA	

NOMBRE:	YOYNEL JESUS MOYA VILLERO				**C.C. No:**	1122403851 SAN JUAN DEL CESAR-LA GUAJIRA.	
N° CONTRATO:	CPS_ 1019_2024	**AÑO CONTRATO:**	2024	**VIGENCIA DESDE:**	20/03/2024	**HASTA:**	01/07/2024

OBJETO DEL CONTRATO

"PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES COMO ABOGADO PARA ABORDAR Y EJECUTAR LAS INSTRUCCIONES JURÍDICAS REALIZADAS POR LA MESA DIRECTIVA DE LA CÉLULA CONGRESIONAL"

NÚMERO DE PAGO	**4**
NOMBRE DEL SUPERVISOR Y CARGO:	DIANA MARCELA MORALES ROJAS- SECRETARIA GENERAL COMISION CUARTA CONSTITUCIONAL.

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
Brindar respuesta oportuna a las PQRS allegadas a la Comisión Cuarta Constitucional Permanente de la Cámara de Representantes.	Durante la presente vigencia se le dio respuesta a las PQRS allegadas a la Comisión Cuarta Constitucional Permanente de la Cámara de Representantes
Presentar conforme a su competencia, los análisis sobre los Proyectos de Ley que cursan su trámite en la Comisión Cuarta Constitucional de la Cámara de Representantes.	Durante la presente vigencia se presentó el análisis de los proyectos de Ley que cursan su trámite en la Comisión Cuarta Constitucional de la Cámara de Representantes
Resolver las inquietudes en materia jurídica que surjan durante el trámite legislativo.	Durante la presente vigencia esta obligación fue cumplida de acuerdo a las recomendaciones del supervisor del contrato
Las demás que indique el supervisor del contrato y que se desprendan del objeto y naturaleza del contrato.	Durante la presente vigencia esta obligación fue cumplida de acuerdo a las recomendaciones del supervisor del contrato

Productos y/o Otros Anexos

Los anexos y soportes se encuentran en el correo electrónico asignado por el supervisor del contrato

Observaciones o Información Adicional

Normal desarrollo de las actividades del Contrato en las funciones asignadas.
El periodo comprendido entre el 20 de JUNIO al 01 de JULIO de 2024



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 presen te informe, se soporta en la certificación expedida por la Doctora DIANA MARCELA MORALES ROJAS Jefe de la Comisión Cuarta de la Cámara de Representantes por el periodo comprendido entre el 20 de junio al 01 de julio de 2024.***



FIRMA DEL SUPERVISOR

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

Bogotá D.C,03 JULIO de 2024

Señores
DIVISIÓN FINANCIERA Y DE PRESUPUESTO
Ciudad

Referencia: CERTIFICACIÓN DECRETO 2271 DE JUNIO 18 DE 2009

Cordial saludo,

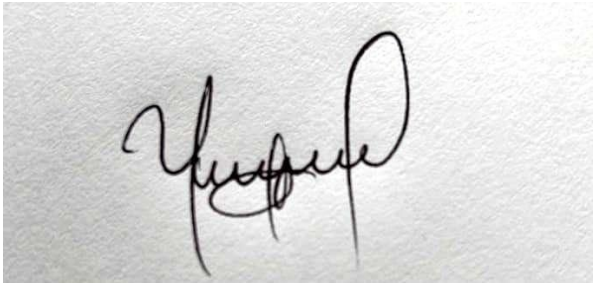
En atención a la referencia, obrando en nombre propio e identificado como aparece al pie de mi firma, me permito certificar bajo la gravedad de juramento que el pago aportado de seguridad social, del mes de **JUNIO Y JULIO** corresponde a los pagos efectuados sobre los ingresos percibidos como contratista de la Cámara de Representantes, con la cual tengo suscrito el contrato número CPS_1019_2024 con un plazo de ejecución de 3 meses y 12 días, iniciando el 20 de MARZO de 2024 y finalizando el 01 de JULIO de 2024. Por valor de VEINTISIETE MILLONES DOCIENTOS MIL PESOS ($27.200.000)

"IGUALMENTE MANIFIESTO, QUE DE CONFORMIDAD AL PARAGRAFO 2 DEL ART. 383
E.T NO TENGO CONTRATADOS NI VINCULADOS A MI CARGO DOS O MAS PERSONAS ASOCIADAS A ESTE CONTRATO"

Los ingresos correspondientes al pago del 20 JUNIO al 01 de JULIO de 2024 ascienden a la suma de $3.200.000 millones de pesos.

Igualmente, certifico que pertenezco al régimen simplificado.

Para constancia se firma en la ciudad de Bogotá, el 3 de julio de 2024.



CONTRATIS TA: YOYNEL JESUS MOYA VILLERO.
C.C.: 1122403851 SAN JUAN DEL CESAR- LA GUAJIRA.
Cuenta bancaria nº: 256700054958- Banco Davivienda.

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	1122403851	YOYNEL JESUS MOYA VILLERO	CLL 57 B # 45-65	1234567	yoynle.moya@urasario.edu.co	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
78327197	02/07/2024				1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-06	2024-06	N	03/07/2024	78378336	$348.300	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	150.000	0		0		0	0	0	0	150.000	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	192.000	0	0	0	0	0	0		192.000	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	6.300				6.300	0	0	6.300			63	6.300	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

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	150.000	150.000
Pensión	1	192.000	192.000
Riesgos Laborales	1	6.300	6.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	348.300	348.300

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
CC	1122403851	YOYNEL JESUS MOYA VILLERO		CLL 57 B # 45-65	1234567	yoynle.moya@urasario.edu.co
FORMA PRESENTACIÓN	**CLASE APORTANTE**	**NOMBRE SUCURSAL**	**CÓDIGO**	**DEPARTAMENTO**	**CIUDAD / MUNICIPIO**	**EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD**
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
78327197	02/07/2024	N	03/07/2024	78378336	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-06	2024-06				$348.300	

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	Estornado	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	1122403851	MOYA VILLERO YOYNEL JESUS	59	0			N							X										25-14	3.200.000	512.000	0	0	0	0	EPS008	3.200.000	400.000	14-23	3.200.000	1	16.800		0	0	0	0	0	0	0	0

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	1122403851	YOYNEL JESUS MOYA VILLERO	CLL 57 B # 45-65	1234567	yoynle.moya@urasario.edu.co	
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	
2024-06	2024-06	I	02/07/2024	78327197	$580.500	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	250.000	0		0		0	0	0	0	250.000	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	320.000	0	0	0	0	0	0		320.000	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	10.500				10.500	0	0	10.500			105	10.500	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

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	250.000	250.000
Pensión	1	320.000	320.000
Riesgos Laborales	1	10.500	10.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	580.500	580.500

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	1122403851	YOYNEL JESUS MOYA VILLERO		CLL 57 B # 45-65	1234567	yoynle.moya@urasario.edu.co	
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	
2024-06	2024-06	I	02/07/2024	78327197	$580.500	

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	Estornado	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	1122403851	MOYA VILLERO YOYNEL JESUS	59	0			N							X										25-14	2.000.000	320.000	0	0	0	0	EPS008	2.000.000	250.000	14-23	2.000.000	1	10.500		0	0	0	0	0	0	0	0

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	1122403851	YOYNEL JESUS MOYA VILLERO	CLL 57 B # 45-65	1234567	yoynle.moya@urasario.edu.co	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

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	
2024-07	2024-07	I	03/07/2024	78378877	$31.100	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	13.400	0		0		0	0	0	0	13.400	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	17.100	0	0	0	0	0	0		17.100	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	600				600	0	0	600			6	600	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

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	13.400	13.400
Pensión	1	17.100	17.100
Riesgos Laborales	1	600	600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	31.100	31.100

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
CC	1122403851	YOYNEL JESUS MOYA VILLERO		CLL 57 B # 45-65	1234567	yoynle.moya@urasario.edu.co
FORMA PRESENTACIÓN	**CLASE APORTANTE**	**NOMBRE SUCURSAL**	**CÓDIGO**	**DEPARTAMENTO**	**CIUDAD / MUNICIPIO**	**EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD**
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	NO

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	
2024-07	2024-07	I	03/07/2024	78378877	$31.100	

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	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	1122403851	MOYA VILLERO YOYNEL JESUS	59	0			N		X															25-14	106.667	17.100	0	0	0	0	EPS008	106.667	13.400	14-23	106.667	1	600		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

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

LA SUSCRITA SECRETARIA DE LA COMISION CUARTA DE LA HONORABLE CAMARA DE REPRESENTANTES

Hace constar que el señor YOYNEL JESUS MOYA VILLERO identificado con la cédula de ciudadanía No 1122403851 expedida en San Juan del Cesar, La Guajira cumplió a cabalidad con el Objeto de su Contrato No. CPS_1019_2024 “PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES COMO ABOGADO PARA ABORDAR Y EJECUTAR LAS INSTRUCCIONES JURÍDICAS REALIZADAS POR LA MESA DIRECTIVA DE LA CÉLULA CONGRESIONAL” y con las obligaciones derivadas del mismo.

Por el periodo comprendido entre el 20 de junio del 2024 al 01 de julio del 2024.

La presente se otorga en Bogotá a los 03 días de julio del 2024.

Atentamente,

DIANA MARCELA MORALES ROJAS
Secretaria General Comisión Cuarta Constitucional

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

INFORME DE ACTIVIDADES

Fecha: 03/07/2024

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES NO. CPS_1019_2024

CONDICIONES DEL CONTRATO

1. Número de Contrato: CPS_1019_2024
   Objeto del Contrato: "PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES COMO ABOGADO PARA ABORDAR Y EJECUTAR LAS INSTRUCCIONES JURÍDICAS REALIZADAS POR LA MESA DIRECTIVA DE LA CÉLULA CONGRESIONAL"

   Fecha de inicio del Contrato: 20 de marzo de 2024

   Fecha de terminación del Contrato: 01 de julio de 2024

   Nombre del Contratista: **YOYNEL JESUS MOYA VILLERO.**

   Supervisor a quien se presenta el informe: **DIANA MARCELA MORALES ROJAS.**

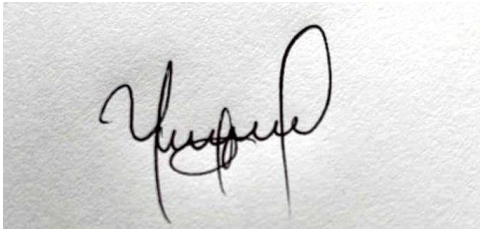
2. **ACTIVIDADES EJECUTADAS Y/O OBLIGACIONES CUMPLIDAS**

OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA	FUERON REALIZADAS EN EL TERMINO DE EJECUCION DEL CONTRATO (SI/NO)	DESCRIPCIÓN DE COMO SE REALIZÓ O EJECUTÓ EL CUMPLIMIENTO DE ESTA OBLIGACIÓN.	RECIBIDAS A SATISFACCION (SI/NO)
1. Brindar respuesta oportuna a las PQRS allegadas a la Comisión Cuarta Constitucional Permanente de la Cámara de Representantes .	SI	Durante la presente vigencia se le dio respuesta a las PQRS allegadas a la Comisión Cuarta Constitucional Permanente de la Cámara de Representantes	SI

2. Presentar conforme a su competencia, los análisis sobre los Proyectos de Ley que cursan su trámite en la Comisión Cuarta Constitucional de la Cámara de Representantes.	SI	Durante la presente vigencia se presentó el análisis de los proyectos de Ley que cursan su trámite en la Comisión Cuarta Constitucional de la Cámara de Representantes	SI
3. Resolver las inquietudes en materia jurídica que surjan durante el trámite legislativo	SI	Durante la presente vigencia esta obligación fue cumplida de acuerdo a las reomendaciones del supervisor del contrato	SI
4. Las demás que indique el supervisor del contrato y que se desprendan del objeto y naturaleza del contrato.	SI	Durante la presente vigencia esta obligación fue cumplida de acuerdo a las recomendaciones del supervisor del contrato	SI

4. OBSERVACIONES A LAS ACTIVIDADES EJECUTADAS Y/O A LAS OBLIGACIONES CUMPLIDAS.

Las actividades, obligaciones y el objeto del contrato ejecutados por el contratista en el periodo certificado (20 de junio al 01 de julio de 2024) , se cumplieron de forma satisfactoria.



YOYNEL JESUS MOYA VILLERO
CC.: 1122403851 San Juan del Cesar – La Guajira.