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:	MAKINGENIERIA S.A.S.		
Tipo de Documento:	NIT	**No. Documento:**	900.804.543-3
Dependencia:	Secretaría General	**Email:**	contacto@makingenieria.com

INFORMACIÓN DEL CONTRATO

Objeto:	CONTRATAR EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO AL SISTEMA DE DETECCIÓN DE INCENDIOS, CONTROL DE ACCESO, LUMINARIAS DE EMERGENCIAS Y DETECTORES DE GASES PARA MANTENER LA SEDE ACTUAL DEL INM		
No. Contrato	CONTRATO DE OBRA No. 132 DE 2024	**Novedades:**	**Sin Novedades**
Fecha de inicio (Según Acta):	jueves, 22 de agosto de 2024	**Fecha de Terminación Anticipada:**	
Fecha de terminación:	martes, 31 de diciembre de 2024	**Periodo a cobrar** (Solo en caso de Novedades)**:**	NOVIEMBRE-DICIEMBRE

INFORMACIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO

Valor Inicial	**$ 51.109.027,00**	**Registro Presupuestal (RP):**	**34824,00**
Adiciones		**Factura** (Si aplica)**:**	**FE087**
Reducciones		**Periodo a Cobrar:**	**DICIEMBRE**
Valor Total	**$ 51.109.027,00**	**VALOR A PAGAR:**	**$ 33.952.516,00**

Ejecución por Usos Presupuestales

Uso Presupuestal	Descripción	Procentaje Ejecución	Valor
A-02-02-02-008-007-01-5	SERVICIOS DE MANTENIMIENTO Y REPARACIÓN DE OTRA MAQUINARIA Y OTRO EQUIPO	100%	$ 33.952.516,00
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
		100%	**$ 33.952.516,00**

INFORMACIÓN TRIBUTARIA Y SEGURIDAD SOCIAL

Responsabilidad Tributaria	**Responsable de IVA**	**Periodo de Seguridad Social:**	**NOVIEMBRE**		
	Facturador Electrónico	**Número de Planilla**	**9478980427,00**		
		Pensionado:		**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

Firma Contratista	Firma Supervisor 1	Firma Supervisor 2
Nombre Contratista **Contratista**	Javier Hernando Nuñez Barón **Supervisor**	Nombre Supervisor 2 **Supervisor**

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

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