CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA – CÁMARA DE REPRESENTANTES AQUÍ VIVE LA DEMOCRACIA NIT: 899999098-0	**FORMATO ÚNICO PARA PAGO DE CONTRATISTAS**	Código:	3-GF-S3-Ft-1
		Versión:	2
		Fecha de aprobación:	20/02/2025
		DIVISIÓN FINANCIERA Y DE PRESUPUESTO	
		Proceso: ORDEN DE PAGO	

ORDEN DE PAGO DEL SUPERVISOR A LA DIVISIÓN FINANCIERA Y DE PRESUPUESTO

I. DATOS BÁSICOS DEL CONTRATO

NÚMERO:	CPS	1539	2025
CONTRATISTA:	ANGELICA MARIA MEDINA BRAVO		
CC, CE o NIT:	1003952594		
NOMBRE SUPERVISOR:	JUAN ENRIQUE AARON RIVERO	**CARGO SUPERVISOR:**	JEFE DE DIVISIÓN JURÍDICA
FECHA INICIO:	15/05/2025	**FECHA TERMINACIÓN:**	29/12/2025
OBJETO CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN LA DIVISIÓN JURÍDICA REALIZANDO ACTIVIDADES ASOCIADAS A LA CONTRATACIÓN DE LA CÁMARA DE REPRESENTANTES.		

II. DESCRIPCIÓN DEL PAGO

NÚMERO CUENTA DE COBRO:	1	**PERIODO A COBRAR**	**DESDE:**	15/05/2025	**ACTA**	**PARCIAL:**	X
			HASTA:	14/06/2025		**FINAL:**	
CERTIFICADO DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL:	8725			**CERTIFICADO REGISTRO PRESUPUESTAL:**	199725		
VALOR PRESENTE CUENTA DE COBRO:	$ 5.000.000,00			**VALOR EN LETRAS**	CINCO MILLONES DE PESOS M/CTE		

ESTADO DE CUENTA

VALOR ACTA 1:	$ 5.000.000,00	**VALOR ACTA 5:**		**VALOR ACTA 9:**		**VALOR INICIAL DEL CONTRATO**	$ 37.500.000,00
VALOR ACTA 2:		**VALOR ACTA 6:**		**VALOR ACTA 10:**		**ADICIÓN O REDUCCIÓN**	
VALOR ACTA 3:		**VALOR ACTA 7:**		**VALOR ACTA 11:**		**EJECUTADO**	$ 5.000.000,00
VALOR ACTA 4:		**VALOR ACTA 8:**		**VALOR ACTA 12:**		**SALDO:**	$ 32.500.000,00

III. APORTES AL SISTEMA GENERAL 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.

NÚMERO PLANILLA:	SALUD:	PENSIÓN:	ARL:	TOTAL:	PERIODO PAGADO:
7974377998	$ 250.000,00	$ 320.000,00	$ 5.600,00	$ 575.600,00	**JUNIO**
7971480348	$ 154.300,00	$ 197.400,00		$ 351.700,00	**MAYO**
7975013231			$ 6.500.00	$ -	**MAYO**

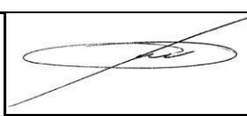
CUMPLIMIENTO DECRETO 2271- 2009 POR PARTE DEL CONTRATISTA			**CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO POR PARTE DEL SUPERVISOR**
PARA LOS EFECTOS LEGALES EL SUPERVISOR CERTIFICA QUE EL CONTRATISTA SUMINISTRÓ LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:			Certifico que, previa revisión del presente formato y sus anexos, del informe 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.
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			
He contratado o vinculado dos (2) o más personas asociadas a la actividad del presente contrato, (artículo 383 E.T. Parágrafo 2.).	**SI**		
	NO	X	
Manifiesta que es del régimen Común	**SI**	X	
	NO		
Manifiesta que es del régimen Simplificado	**SI**		
	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 crédito de vivienda	**SI**		**Valor anual:**	
	NO	X		
b. Plan de medicina prepagada o seguro de salud	**SI**			
	NO	X	**Valor mensual:**	
c. Dependientes	**SI**			
	NO	X		

La presente orden de pago se expide el:	14/06/2025
Observaciones:	

FIRMA RESPONSABLE	
	JUAN ENRIQUE AARON RIVERO
	JEFE DE DIVISIÓN JURÍDICA

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA CÁMARA DE REPRESENTANTES AQUÍ VIVE LA DEMOCRACIA NIT: 899999098-0	**FORMATO DE INFORME DE EJECUCIÓN POR PARTE DEL CONTRATISTA Y CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO POR PARTE DEL SUPERVISOR**	Código:	3-GJC-DJFt-6
		Versión:	1
		Fecha de aprobación:	20/02/2025
		DIVISIÓN JURÍDICA	
		Proceso: Contratación	

I. DATOS BÁSICOS DEL CONTRATO

NÚMERO:	CPS	1539	2025
CONTRATISTA:	ANGELICA MARIA MEDINA BRAVO		
CC o NIT:	1003952594		
NOMBRE SUPERVISOR:	JUAN ENRIQUE AARON RIVERO	**CARGO SUPERVISOR:**	JEFE DE DIVISIÓN JURÍDICA
FECHA INICIO:	15/05/2025	**FECHA TERMINACIÓN:**	29/12/2025
OBJETO CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN LA DIVISIÓN JURÍDICA REALIZANDO ACTIVIDADES ASOCIADAS A LA CONTRATACIÓN DE LA CÁMARA DE REPRESENTANTES.		

II. PERIODO DE EJECUCIÓN

NUMERO DE INFORME:	**1**	**DESDE:**	**15/05/2025**
		HASTA:	**14/06/2025**

III. OBLIGACIONES Y ACTIVIDADES EJECUTADAS EN EL RESPECTIVO PERIODO

OBLIGACIONES PREVISTAS EN EL CONTRATO	ACTIVIDADES DESARROLLADAS
Realizar la estructuración y proyección de los documentos asociados al proceso de contratación de la Entidad.	Se brindó apoyo en la elaboración de certifricaciones laborales solicitadas por los contratistas de la entidad.
Brindar soporte y asistencia jurídica a la gestión de contratación surgida desde las distintas áreas de la Cámara de Representantes.	se brindo asistencia en la gestion de contratacion que surgio en la area de registro y control de la entidad, en relacion a cierre de contratos
Apoyar la gestión de supervisión contractual a cargo de la jefe de la División Jurídica.	se brindo apoyo al jefe de la division juridica en la supervision de los contratos y su respectiva firma
Las demás que indique el supervisor del contrato y que se desprendan del objeto y naturaleza contractual.	no fueron requeridas

IV. CUMPLIMIENTO DEL DECRETO 2271 DE 2009

Obrando en nombre propio, en atención a lo previsto en el Decreto 2271 de 2009, el suscrito CONTRATISTA certifica bajo la gravedad de juramento que los aportes al Sistema General de Seguridad Social Integral, corresponden a los pagos efectuados sobre los ingresos percibidos como trabajador independiente - contratista de la Cámara de Representantes, en virtud del contrato identificado en el acapite I. Datos básicos del contrato. Igualmente, de conformidad con el paragrafo 2° del artículo 383 del E.T., manifiesto que no tengo contratados ni vinculados a mi cargo dos o mas personas asociadas a este contrato.

NÚMERO PLANILLA:	SALUD:	PENSIÓN:	ARL:	TOTAL:	PERIODO PAGADO:
7974377998	$ 250.000,00	$ 320.000,00	$ 5.600,00	$ 575.600,00	JUNIO
7971480348	$ 154.300,00	$ 197.400,00	$ -	$ 351.700,00	MAYO
7975013231	$ -	$ -	$ 6.500,00	$ -	**MAYO**

V. ESTADO FINANCIERO DEL CONTRATO

TOTAL:	$ 37.500.000,00	**PLAZO TRANSCURRIDO**		**PLAZO RESTANTE**	
PAGADO:	$ -				
EJECUTADO POR PAGAR:	$ 5.000.000,00	**30**	**DÍAS**	**198**	**DÍAS**
POR EJECUTAR:	**$ 32.500.000,00**				

VI. PRODUCTOS Y ANEXOS

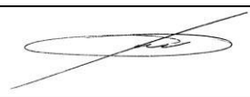
Observaciones:	Se anexa bitacora de actividades con sus evidencias para el peridodo comprendido entre el 12/02/2025 al 11/03/2025. Evidencias que reposan en el archivo central de la División Financiera y Presupuesto

VII. FIRMA CONTRATISTA

FIRMA CONTRATISTA	
	ANGELICA MARIA MEDINA BRAVO

Certifico que el contratista, en cumplimiento de las obligaciones contractuales pactadas, ejecutó las actividades descritas en el numeral *III. OBLIGACIONES Y ACTIVIDADES EJECUTADAS EN EL RESPECTIVO PERIODO,* durante el periodo indicado en numeral *II. PERIODO DE EJECUCIÓN*	SI	X
	NO	

VIII. FIRMA DEL SUPERVISOR

FECHA:	14/06/2025
FIRMA SUPERVISOR	
	JUAN ENRIQUE AARON RIVERO
	JEFE DE DIVISIÓN JURÍDICA

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1003952594
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ANGELICA MARIA MEDINA BRAVO
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CRA 70B # 24C 50	TELÉFONO:	9999999
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NÚMERO PLANILLA:	**7971480348**	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES		
PERIODO COTIZACIÓN	MES: mayo	PERIODO COTIZACIÓN	MES: mayo		
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2025	SALUD:	AÑO: 2025		
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/05/13	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1477718939		

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
X																

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9003360047	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 197.400
SUBTOTAL:			1	**$ 197.400**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8301138310	EPS001	EPS001-ALIANSALUD S.A.	1	$ 154.300
SUBTOTAL:			1	**$ 154.300**

VALOR SIN MORA:	**$ 351.700**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 351.700**

Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1003952594
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ANGELICA MARIA MEDINA BRAVO
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CRA 70B # 24C 50	TELÉFONO:	9999999
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NÚMERO PLANILLA:	**7974377998**	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES		
PERIODO COTIZACIÓN	MES: junio	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	junio	
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2025	SALUD:	AÑO:	2025	
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/06/10	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1543337405		

NOVEDADES															
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
R																

LIQUIDACIÓN GENERAL				
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9003360047	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 320.000
		SUBTOTAL:	1	**$ 320.000**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8301138310	EPS001	EPS001-ALIANSALUD S.A.	1	$ 250.000
		SUBTOTAL:	1	**$ 250.000**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600111536	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 5.600
		SUBTOTAL:	1	**$ 5.600**

VALOR SIN MORA:	**$ 575.600**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 575.600**

Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1003952594
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ANGELICA MARIA MEDINA BRAVO
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CRA 70B # 24C 50	TELÉFONO:	9999999
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7975013231**		TIPO DE PLANILLA:		N-CORRECCIONES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	mayo	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	mayo
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2025	SALUD:	AÑO:	2025
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2025/06/12	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1549001327

NÚMERO DE LA PLANILLA ASOCIADA:	7971480348	FECHA DE PAGO DE LA PLANILLA ASOCIADA:	2025/05/13

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9003360047	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 0
		SUBTOTAL:	1	**$ 0**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8301138310	EPS001	EPS001-ALIANSALUD S.A.	1	$ 0
		SUBTOTAL:	1	**$ 0**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600111536	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 6.500
		SUBTOTAL:	1	**$ 6.500**

VALOR SIN MORA:	**$ 6.500**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 6.500**

Planilla Pagada