 CONGRESO DE LA REPUBLICA 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
		DIVISION FINANCIERA Y DE PRESUPUESTO	
Proceso: ORDEN DE PAGO			

MODIFICACION

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

I. DATOS BÁSICOS DEL CONTRATO			
NÚMERO:	CPS	1974	2025
CONTRATISTA:	YARLEDYS TOVAR MENECE		
CC, CE o NIT:	1024475693		
NOMBRE SUPERVISOR:	JAIRO FABIAN CORZO ORDOÑEZ	CARGO SUPERVISOR:	SECRETARIO DE LA COMISION DE INVESTIGACION Y ACUSACION
FECHA INICIO:	4/07/2025	FECHA TERMINACIÓN:	28/12/2025
OBJETO CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO COMO AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LAS DIFERENTES ACTIVIDADES Y PROCEDIMIENTOS QUE TIENE A CARGO LOS REPRESENTANTES DE LA COMISION DE INVESTIGACION Y ACUSACION DE LA CAMARA DE REPRESENTANTES.		

II. DESCRIPCIÓN DEL PAGO			
NÚMERO CUENTA DE COBRO:	4	PERIODO A COBRAR	DESEDE: 4/10/2025 HASTA: 3/11/2025
CERTIFICADO DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL:	15725-16/05/2025	CERTIFICADO REGISTRO PRESUPUESTAL:	261925 02/07/2025
VALOR PRESENTE CUENTA DE COBRO:	\$ 4.000.000,00	VALOR EN LETRAS	CUATRO MILLONES DE PESOS

ESTADO DE CUENTA							
VALOR ACTA 1:	\$ 4.000.000,00	VALOR ACTA 5:		VALOR ACTA 9:		VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 23.333.333,00
VALOR ACTA 2:	\$ 4.000.000,00	VALOR ACTA 6:		VALOR ACTA 10:		ADICIÓN O REDUCCIÓN	
VALOR ACTA 3:	\$ 4.000.000,00	VALOR ACTA 7:		VALOR ACTA 11:		EJECUTADO	\$ 16.000.000,00
VALOR ACTA 4:	\$ 4.000.000,00	VALOR ACTA 8:		VALOR ACTA 12:		SALDO:	\$ 7.333.333,00

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:
7992538214	\$ 200.000,00	\$ 256.000,00	\$ 39.000,00	\$ 495.000,00	OCTUBRE
				\$ -	
				\$ -	

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: 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.).	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.				
<table border="1"> <tr> <td>SI</td> <td></td> </tr> <tr> <td>NO</td> <td>X</td> </tr> </table>		SI		NO	X
SI					
NO		X			
Manifiesta que es del régimen Común	<table border="1"> <tr> <td>SI</td> <td></td> </tr> <tr> <td>NO</td> <td>X</td> </tr> </table>	SI		NO	X
SI					
NO	X				
Manifiesta que es del régimen Simplificado	<table border="1"> <tr> <td>SI</td> <td>X</td> </tr> <tr> <td>NO</td> <td></td> </tr> </table>	SI	X	NO	
SI	X				
NO					

EXCLUSIVO PARA DISMINUIR BASE DE RETENCION

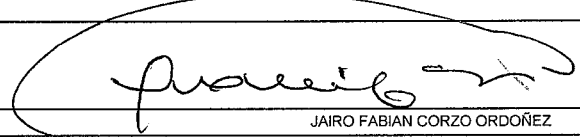
6. Que siguen vigentes, las condiciones para aplicar las deducciones presentadas para depuración de la base de retención en la fuente por concepto de:

a. Intereses crédito de vivienda	SI		Valor anual:
	NO	X	
b. Plan de medicina prepagada o seguro de salud	SI		Valor mensual:
	NO	X	
c. Dependientes	SI		
	NO	X	

La presente orden de pago se expide el: 5/11/2025

Observaciones:

FIRMA RESPONSABLE



JAIRO FABIAN CORZO ORDOÑEZ
SECRETARIO DE LA COMISION DE INVESTIGACION Y ACUSACION