

 Instituto Nacional de Metrología de Colombia	CERTIFICACIÓN PARA PAGO			Código: A-01-F-007
				Version: 4
				Página: 1 de 1
INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA				
Nombre o Razón Social:	Guinneth Orjuela Quiroz			
Tipo de Documento:	Cédula de Ciudadanía	No. Documento:	24.714.596	
Dependencia:	Subdirección De Metrología Química Y Biología	Email:	GQuiroz@inm.gov.co	
INFORMACIÓN DEL CONTRATO				
Objeto:	Prestación de servicios profesionales para la formulación, gestión, control y seguimiento de planes institucionales, proyectos de inversión y actividades asociadas del Instituto Nacional de Metrología.			
No. Contrato	CONTRATO 048 DE 2025	Novedades:	Sin Novedades	
Fecha de inicio (Según Acta):	13 de febrero de 2025	Fecha de Terminación Anticipada:		
Fecha de terminación:	martes, 30 de diciembre de 2025	Periodo a cobrar (Solo en caso de Novedades):		
INFORMACIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO				
Valor Inicial	\$	78.377.460,00	Registro Presupuestal (RP):	7625
Adiciones	\$	-	Factura (Si aplica):	
Reducciones	\$	-	Periodo a Cobrar:	NOVIEMBRE
Valor Total	\$	78.377.460,00	VALOR A PAGAR:	\$ 7.394.100,00
Ejecución por Usos Presupuestales				
Uso Presupuestal	Descripción		Porcentaje Ejecución	Valor
A-02-02-02-008-003-09	OTROS SERVICIOS PROFESIONALES Y TÉCNICOS N.C.P.		100%	\$ 7.394.100,00
				\$ -
				\$ -
				\$ -
				\$ -
			100%	\$ 7.394.100,00
INFORMACIÓN TRIBUTARIA Y SEGURIDAD SOCIAL				
Responsabilidad Tributaria	No Responsable de IVA		Periodo de Seguridad Social:	OCTUBRE
			Número de Planilla	91422432
			Pensionado:	No Riesgo: 3
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				
 Nombre Contratista Contratista	Firma Supervisor 1 Nombre Supervisor 1 Supervisor	Firma Supervisor 2 Nombre Supervisor 2 Supervisor		