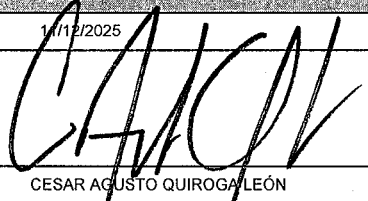

 <p>CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA CÁMARA DE REPRESENTANTES AQUÍ VIVE LA DEMOCRACIA NIT: 89999098-0</p>	FORMATO DE INFORME DE EJECUCIÓN POR PARTE DEL CONTRATISTA Y CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO POR PARTE DEL SUPERVISOR		Código:	3-GJC-DJFt-6	
			Versión:	1	
			Fecha de aprobación:	20/02/2025	
			DIVISIÓN JURÍDICA Proceso: Contratación		
I. DATOS BÁSICOS DEL CONTRATO					
NÚMERO:	CPS	2009	2025		
CONTRATISTA:	DIEGO FERNANDO GOMEZ SILVA				
CC o NIT:	1098744029				
NOMBRE SUPERVISOR:	CESAR AGUSTO QUIROGA LEÓN	CARGO SUPERVISOR:	JEFE DIVISIÓN DE SERVICIOS		
FECHA INICIO:	11/07/2025	FECHA TERMINACIÓN:	25/12/2025		
OBJETO CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES EN EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES JURÍDICAS, RELACIONADAS CON LOS PROCESOS INTERNOS, EN LA DIVISIÓN DE SERVICIOS DE LA CÁMARA DE REPRESENTANTES				
II. PERIODO DE EJECUCIÓN					
NUMERO DE INFORME:	5	DESDE:	11/11/2025		
		HASTA:	10/12/2025		
III. OBLIGACIONES Y ACTIVIDADES EJECUTADAS EN EL RESPECTIVO PERIODO					
OBLIGACIONES PREVISTAS EN EL CONTRATO		ACTIVIDADES DESARROLLADAS			
Brindar acompañamiento en la proyección y/o revisión de respuestas a solicitudes, derechos de petición y tutelas a cargo de la división de servicios		<p>Se brindó apoyo en la revisión de los COMUNICADOS DE NOTIFICACIÓN PRESENTACIÓN DE CUENTA DE COBRO dirigidos a los siguientes contratistas: WILLIAM HORACIO CARVAJAL ARDILA y CARLOS ENRIQUE DÍAZ COLMENARES</p> <p>Se brindó apoyo en la revisión de ACCIÓN DE TUTELA CONTRA LA GOBERNACION DE CUNDINAMARCA – SECRETARÍA DE MOVILIDAD.</p> <p>Se brindó apoyo en la revisión de SOLICITUD URGENTE DEVOLUCIÓN DE VEHÍCULOS DONADOS POR LA CÁMARA DE REPRESENTANTES A LA UNIDAD NACIONAL DE PROTECCIÓN.</p>			
Brindar acompañamiento en la proyección, revisión y/o modificación de los documentos que hacen parte de la etapa precontractual y pos contractual de los procesos a cargo de la División de Servicios		<p>Se brindó apoyo en la revisión de SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN DE INSUFICIENCIA PARA LA CONTRATACIÓN POR PRESTACIÓN DE SERVICIOS de Alejandro Fernandez Astaiza</p> <p>Se brindó apoyo en la revisión de SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN DE INSUFICIENCIA PARA LA CONTRATACIÓN POR PRESTACIÓN DE SERVICIOS de: Juan Carlos Madariaga Ramirez</p> <p>Se brindó apoyo en la revisión de SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN DE INSUFICIENCIA PARA LA CONTRATACIÓN POR PRESTACIÓN DE SERVICIOS de: Azucena Carolina Reuto Antolinez</p> <p>Se brindó apoyo en la revisión de los ESTUDIOS PREVIOS PARA LA CONTRATACIÓN POR PRESTACIÓN DE SERVICIOS de: Cristian Camilo Ortega Rozo</p> <p>Se brindó apoyo en la revisión de los ESTUDIOS PREVIOS PARA LA CONTRATACIÓN POR PRESTACIÓN DE SERVICIOS de: Yesika Pahola Rodríguez Monsalve</p> <p>Se brindó apoyo en la revisión de los ESTUDIOS PREVIOS PARA LA CONTRATACIÓN POR PRESTACIÓN DE SERVICIOS de: Mauricio Alejandro Tamayo Ramirez</p> <p>Se brindó apoyo en la revisión de SOLICITUD DE MODIFICACIÓN CONTRACTUAL - CPS_0364_2025 cuyo objeto correspondió a "PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES EN EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS, RELACIONADAS CON EL CONTRATO DE ASEO Y CAFETERÍA, EN LA DIVISIÓN DE SERVICIOS DE LA CÁMARA DE REPRESENTANTES"</p>			
Realizar proyección y revisión de los informes y actas de acta de liquidación		Se brindó apoyo en la revisión del ACTA DE LIQUIDACIÓN BILATERAL DE LA ORDEN DE COMPRA OC_124794_2024			
Brindar acompañamiento en las respuestas de los informes requeridos por la oficina de control interno		Se brindó apoyo en la revisión del informe de PQRS del mes de NOVIEMBRE			
Las demás que indique el supervisor del contrato y que se desprendan del objeto y naturaleza contractual.					
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 acápite I. Datos básicos del contrato. Igualmente, de conformidad con el parágrafo 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:
4632951201	\$ 600.000,00	\$ 768.000,00	\$ 25.100,00	\$ 1.393.100,00	DICIEMBRE
4630165632	\$ 600.000,00	\$ 768.000,00	\$ 25.100,00	\$ 1.393.100,00	NOVIEMBRE
0	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	0
V. ESTADO FINANCIERO DEL CONTRATO					
TOTAL:	\$	66.000.000,00	PLAZO TRANSCURRIDO	PLAZO RESTANTE	
PAGADO:	\$	48.000.000,00	152 DÍAS	15	DÍAS
EJECUTADO POR PAGAR:	\$	12.000.000,00			
POR EJECUTAR:	\$	6.000.000,00			
VI. PRODUCTOS Y ANEXOS					
Observaciones:					
VII. FIRMA CONTRATISTA					
FIRMA CONTRATISTA	 DIEGO FERNANDO GOMEZ SILVA				
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:	11/12/2025				
FIRMA SUPERVISOR	 CESAR AGUSTO QUIROGA LEÓN JEFE DIVISIÓN DE SERVICIOS				

 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	2009	2025
CONTRATISTA:	DIEGO FERNANDO GOMEZ SILVA		
CC, CE o NIT:	1098744029		
NOMBRE SUPERVISOR:	CESAR AGUSTO QUIROGA LEÓN	CARGO SUPERVISOR:	JEFE DIVISIÓN DE SERVICIOS
FECHA INICIO:	11/07/2025	FECHA TERMINACIÓN:	25/12/2025
OBJETO CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES EN EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES JURÍDICAS, RELACIONADAS CON LOS PROCESOS INTERNOS, EN LA DIVISIÓN DE SERVICIOS DE LA CÁMARA DE REPRESENTANTES		

II. DESCRIPCIÓN DEL PAGO

NÚMERO CUENTA DE COBRO:	5	PERIODO A COBRAR	DESDE: 11/11/2025 HASTA: 10/12/2025	ACTA	PARCIAL: X FINAL:
CERTIFICADO DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL:	8725	CERTIFICADO REGISTRO PRESUPUESTAL:	267025		
VALOR PRESENTE CUENTA DE COBRO:	\$ 12.000.000,00	VALOR EN LETRAS	DOCE MILLONES DE PESOS		

ESTADO DE CUENTA

VALOR ACTA 1:	\$ 12.000.000,00	VALOR ACTA 5:	\$ 12.000.000,00	VALOR ACTA 9:		VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 66.000.000,00
VALOR ACTA 2:	\$ 12.000.000,00	VALOR ACTA 6:		VALOR ACTA 10:		ADICIÓN O REDUCCIÓN	
VALOR ACTA 3:	\$ 12.000.000,00	VALOR ACTA 7:		VALOR ACTA 11:		EJECUTADO	\$ 60.000.000,00
VALOR ACTA 4:	\$ 12.000.000,00	VALOR ACTA 8:		VALOR ACTA 12:		SALDO:	\$ 6.000.000,00

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:
4632951201	\$ 600.000,00	\$ 768.000,00	\$ 25.100,00	\$ 1.393.100,00	DICIEMBRE
4630165632	\$ 600.000,00	\$ 768.000,00	\$ 25.100,00	\$ 1.393.100,00	NOVIEMBRE
				\$ -	

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.).	SI	
	NO	X
Manifiesta que es del régimen Común	SI	
	NO	X
Manifiesta que es del régimen Simplificado	SI	X
	NO	

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.

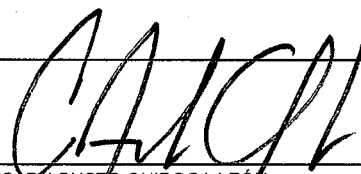
EXCLUSIVO PARA DISMINUIR BASE DE RETENCIÓN

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: 11/12/2025

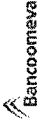
Observaciones:


 CESAR AGUSTO QUIROGA LEÓN
 JEFE DIVISION DE SERVICIOS

FIRMA RESPONSABLE



PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL



DATOS GENERALES DEL APORTANTE CEDULA DE CIUDADANIA: 1099744029 NOMBRE O RAZON SOCIAL: DIEGO FERNANDO SANTAMANCER DIRECCION: BUCARAMANGA DEPARTAMENTO: CALLE 102 BULEVAR FONTANA REAL CASA 46 TIPO APORTANTE: 02-INDEPENDIENTE TELEFONO: TIPO EMPRESA: ACTIVIDADES REGULADAS Y LIBERADAS: 01- DIEGO SILVA APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SEVA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): SI		DATOS GENERALES DE LA PLANILLA TIPO DE PLANILLA: 4632951201 PERIODO COTIZACIÓN SALUD: 2025 MES: diciembre AÑO: 2025 PERIODO COTIZACIÓN OTROS: 2025/12/02 MES: diciembre AÑO: 2025 FECHA FACT (base64/mask): 2025/12/02 NUMERO AUTORIZACION:	
--	--	---	--

TOTAL APORTES A PENSION		TOTAL APORTES A SALUD		TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES	
EMPLEADOR	EMPLEADO	EMPLEADOR	EMPLEADO	EMPLEADOR	EMPLEADO
\$ 788.000	\$ 788.000	\$ 788.000	\$ 788.000	\$ 788.000	\$ 788.000
SUBTOTAL: \$ 1.576.000		SUBTOTAL: \$ 1.576.000		SUBTOTAL: \$ 1.576.000	

CODIGO	DESCRIPCION	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACION		MORA		TOTAL	
		NUMERO AUTORIZACION	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACION	VALOR	DESCUENTO	VALOR PAGADO	VALOR PAGADO	
1	ADMINISTRADORA	1	\$ 0	1	\$ 0	1	\$ 0	1	\$ 0	1	\$ 0
SUBTOTAL:		1	\$ 0	1	\$ 0	1	\$ 0	1	\$ 0	1	\$ 0

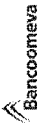
CODIGO	DESCRIPCION	INCAPACIDAD BP		SALDO A FAVOR		LIQUIDACION		MORA		TOTAL	
		NUMERO AUTORIZACION	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACION	VALOR	DESCUENTO	VALOR PAGADO	VALOR PAGADO	
1	ADMINISTRADORA	1	\$ 0	1	\$ 0	1	\$ 0	1	\$ 0	1	\$ 0
SUBTOTAL:		1	\$ 0	1	\$ 0	1	\$ 0	1	\$ 0	1	\$ 0

NO. IDENTIFICACION	NOMBRES	TIPO DE COTIZACION	SALARIO BASICO	TIPO DE SALARIO	NOVEDADES	PENSION		SEGURO SOCIAL		SEGURO VIDA		SEGURO ACCIDENTES	
						ADMIN	IBC	ADMIN	IBI	ADMIN	IBI	ADMIN	IBI
20301-1	POZVEINER	20301-1	\$ 4.000.000	NO	NO	20301-1	\$ 4.000.000	20301-1	\$ 4.000.000	20301-1	\$ 4.000.000	20301-1	\$ 4.000.000
SUBTOTAL:		1	\$ 4.000.000	NO	NO	1	\$ 4.000.000	1	\$ 4.000.000	1	\$ 4.000.000	1	\$ 4.000.000

TOTAL PAGADO: \$ 1.393.100



**PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL**



DATOS GENERALES DEL APORTANTE: CÉDULA DE CIUDADANÍA: 098744029 NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 098744029 NOMBRE: DIEGO FERNANDO SANTANER DEPARTAMENTO: BUCARAMANGA DIRECCIÓN: CALLE 102 BULEVAR FONTANA REAL CASA 46 TELÉFONO: 63781660 TIPO APORTANTE: 02-INDEPENDIENTE CLASE APORTANTE: 01- DIEGO SILVA FORMAS DE REPRESENTACIÓN: SUCURSAL / DEPENDENCIA: APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SEVA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): NO		DATOS GENERALES DE LA PLANILLA: NÚMERO PLANILLA: 4630185632 TIPO DE PLANILLA: 2025 PERÍODO COTIZACIÓN OTROS: 2025 PERÍODO COTIZACIÓN SALUD: 2025/11/19 NÚMERO AUTORIZACIÓN: 2025/11/19	
DATOS GENERALES DEL APORTANTE: CÉDULA DE CIUDADANÍA: 098744029 NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 098744029 NOMBRE: DIEGO FERNANDO SANTANER DEPARTAMENTO: BUCARAMANGA DIRECCIÓN: CALLE 102 BULEVAR FONTANA REAL CASA 46 TELÉFONO: 63781660 TIPO APORTANTE: 02-INDEPENDIENTE CLASE APORTANTE: 01- DIEGO SILVA FORMAS DE REPRESENTACIÓN: SUCURSAL / DEPENDENCIA: APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SEVA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): NO		DATOS GENERALES DE LA PLANILLA: NÚMERO PLANILLA: 4630185632 TIPO DE PLANILLA: 2025 PERÍODO COTIZACIÓN OTROS: 2025 PERÍODO COTIZACIÓN SALUD: 2025/11/19 NÚMERO AUTORIZACIÓN: 2025/11/19	

CÓDIGO	CÓDIGO PLANILLA	NOMBRE	TOTAL APORTES A PENSIÓN		TOTAL APORTES A SALUD		TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES	
			VALOR	DESCUENTO	VALOR	DESCUENTO	VALOR	DESCUENTO
23001	23001	PORTUENIR	\$ 788.000	\$ 0	\$ 600.000	\$ 0	\$ 23.100	\$ 0
SUBTOTAL:			\$ 788.000	\$ 0	\$ 600.000	\$ 0	\$ 23.100	\$ 0

CÓDIGO	CÓDIGO PLANILLA	NOMBRE	TOTAL APORTES A PENSIÓN		TOTAL APORTES A SALUD		TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES	
			VALOR	DESCUENTO	VALOR	DESCUENTO	VALOR	DESCUENTO
46302	46302	SALUD	\$ 600.000	\$ 0	\$ 600.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0
SUBTOTAL:			\$ 600.000	\$ 0	\$ 600.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0

CÓDIGO	CÓDIGO PLANILLA	NOMBRE	TOTAL APORTES A PENSIÓN		TOTAL APORTES A SALUD		TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES	
			VALOR	DESCUENTO	VALOR	DESCUENTO	VALOR	DESCUENTO
46303	46303	RIESGOS PROFESIONALES	\$ 23.100	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 23.100	\$ 0
SUBTOTAL:			\$ 23.100	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 23.100	\$ 0

Nº	IDENTIFICACION	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	NOVEDADES	PENSIÓN		SEGURIDAD SOCIAL		SALUD		RIESGOS PROFESIONALES		TOTAL	
							VALOR	DESCUENTO	VALOR	DESCUENTO	VALOR	DESCUENTO	VALOR	DESCUENTO	VALOR	DESCUENTO
1	098744029	DIEGO FERNANDO SANTANER	02	1.400.000	NO		\$ 788.000	\$ 0	\$ 600.000	\$ 0	\$ 23.100	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 788.000	\$ 0
TOTAL PAGADO: \$ 1.393.100																