



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	1824	2026
CONTRATISTA:	CARLOS RAUL CARRILLO GARCIA		
CC o NIT:	88245634		
NOMBRE SUPERVISOR:	ING. CESAR AGUSTO QUIROGA LEÓN	CARGO SUPERVISOR:	JEFE DIVISIÓN DE SERVICIOS
FECHA INICIO:	2/02/2026	FECHA TERMINACIÓN:	1/06/2026
OBJETO CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN EN EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES OPERATIVAS, RELACIONADAS CON EL MANTENIMIENTO DE LAS INFRAESTRUCTURAS DE LA CORPORACIÓN, EN LA DIVISIÓN DE SERVICIOS DE LA CÁMARA DE REPRESENTANTES		

II. PERIODO DE EJECUCIÓN

NUMERO DE INFORME:	1	DESDE:	2/02/2026
		HASTA:	1/03/2026

III. OBLIGACIONES Y ACTIVIDADES EJECUTADAS EN EL RESPECTIVO PERIODO

OBLIGACIONES PREVISTAS EN EL CONTRATO	ACTIVIDADES DESARROLLADAS
Brindar acompañamiento en la atención de las solicitudes realizadas via correo electrónico a la oficina de obras locativas	Se realiza atención y seguimiento periódico a las solicitudes recibidas a través del correo electrónico institucional, brindando respuesta oportuna y orientando los requerimientos relacionados con las actividades del área, con el fin de garantizar una comunicación efectiva y apoyar la gestión y solución de las necesidades reportadas.
Brindar acompañamiento con la recepción de solicitudes realizadas por las diferentes oficinas de las corporación.	Se lleva a cabo la recepción de solicitudes provenientes de las diferentes oficinas, consolidando los requerimientos y apoyando su gestión y seguimiento para garantizar una atención oportuna por parte del equipo de mantenimiento.
Brindar acompañamiento en la revisión de las cuentas de cobro de los contratistas de la división de Servicios.	Se brinda apoyo en la revisión de cuentas de cobro de los contratistas JULINA ANDRES VALERO FLOREZ, YADI MILENA CORREA NAVA de la División de Servicios de la Cámara de Representantes.
Realizar acompañamiento al equipo operativo para la verificación semanal de iluminación y redes hidráulicas y sanitarias de los edificios.	Se brinda acompañamiento periódico al equipo de mantenimiento en la revisión y verificación de los sistemas de iluminación, así como de las redes sanitarias e hidráulicas de los edificios del Congreso, con el fin de apoyar la identificación de posibles requerimientos de mantenimiento, garantizar su adecuado funcionamiento y contribuir a la conservación de las instalaciones.
Las demás que indique el supervisor del contrato y que se desprendan del objeto y naturaleza contractual.	Durante el mes no fue necesario realizar actividades adicionales por fuera del objeto y la naturaleza del contrato.

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 1. 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:
6000827088	\$ 267.800,00	\$ 342.800,00	\$ 52.200,00	\$ 662.800,00	ENERO
0	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	0
0	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	0

V. ESTADO FINANCIERO DEL CONTRATO

TOTAL:	\$	16.000.000,00	PLAZO TRANSCURRIDO	PLAZO RESTANTE
PAGADO:	\$	-	27 DÍAS	92 DÍAS
EJECUTADO POR PAGAR:	\$	4.000.000,00		
POR EJECUTAR:	\$	12.000.000,00		

VI. PRODUCTOS Y ANEXOS

Observaciones:	
----------------	--

VII. FIRMA CONTRATISTA

FIRMA CONTRATISTA	
	CARLOS RAUL CARRILLO GARCIA

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:	4/03/2026
FIRMA SUPERVISOR	
	ING. CESAR AGUSTO QUIROGA LEÓN

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

I. DATOS BÁSICOS DEL CONTRATO

NÚMERO:	CPS	1824	2026
CONTRATISTA:	CARLOS RAUL CARRILLO GARCIA		
CC, CE o NIT:	88245634		
NOMBRE SUPERVISOR:	ING. CESAR AGUSTO QUIROGA LEÓN	CARGO SUPERVISOR:	JEFE DIVISIÓN DE SERVICIOS
FECHA INICIO:	2/02/2026	FECHA TERMINACIÓN:	1/06/2026
OBJETO CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN EN EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES OPERATIVAS, RELACIONADAS CON EL MANTENIMIENTO DE LAS INFRAESTRUCTURAS DE LA CORPORACIÓN, EN LA DIVISIÓN DE SERVICIOS DE LA CÁMARA DE REPRESENTANTES		

II. DESCRIPCIÓN DEL PAGO

NÚMERO CUENTA DE COBRO:	1	PERIODO A COBRAR	DESDE:	2/02/2026	ACTA	PARCIAL:	X
			HASTA:	1/03/2026		FINAL:	
CERTIFICADO DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL:	8826		CERTIFICADO REGISTRO PRESUPUESTAL:		202026		
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	\$	16.000.000,00
VALOR ACTA 2:			VALOR ACTA 6:	VALOR ACTA 10:	ADICIÓN O REDUCCIÓN		
VALOR ACTA 3:			VALOR ACTA 7:	VALOR ACTA 11:	EJECUTADO	\$	4.000.000,00
VALOR ACTA 4:			VALOR ACTA 8:	VALOR ACTA 12:	SALDO:	\$	12.000.000,00

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 SECOF.

NÚMERO PLANILLA:	SALUD:	PENSIÓN:	ARL:	TOTAL:	PERIODO PAGADO:
6000827088	\$ 267.800,00	\$ 342.800,00	\$ 52.200,00	\$ 662.800,00	ENERO
				\$ -	
				\$ -	

CUMPLIMIENTO DECRETO 2271- 2009 POR PARTE DEL CONTRATISTA	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO POR PARTE DEL SUPERVISOR
--	---

<p>PARA LOS EFECTOS LEGALES EL SUPERVISOR CERTIFICA QUE EL CONTRATISTA SUMINISTRÓ LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:</p> <p>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</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:70%;">He contratado o vinculado dos (2) o más personas asociadas a la actividad del presente contrato, (artículo 383 E.T. Parágrafo 2.).</td> <td style="width:10%;">SI</td> <td style="width:20%;"></td> </tr> <tr> <td></td> <td>NO</td> <td style="text-align: center;">X</td> </tr> </table> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:70%;">Manifiesta que es del régimen Común</td> <td style="width:10%;">SI</td> <td style="width:20%;"></td> </tr> <tr> <td></td> <td>NO</td> <td style="text-align: center;">X</td> </tr> </table> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:70%;">Manifiesta que es del régimen Simplificado</td> <td style="width:10%;">SI</td> <td style="width:20%; text-align: center;">X</td> </tr> <tr> <td></td> <td>NO</td> <td style="width:20%;"></td> </tr> </table>	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		<p>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.</p>
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																		

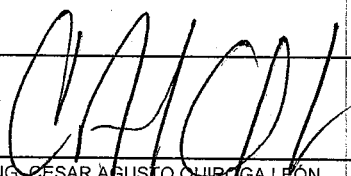
EXCLUSIVO PARA DISMINUIR BASE DE RETENCIÓN

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: 4/03/2026

Observaciones:

FIRMA RESPONSABLE	 ING. CESAR AGUSTO QUIROGA LEÓN JEFE DIVISIÓN DE SERVICIOS
-------------------	--

**PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE PARA PAGO**

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	88245634
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	CARLOS RAUL CARRILO GARCIA	
CIUDAD/MUNICIPIO:	ARBOLEDAS DEPARTAMENTO:	NORTE DE SANTANDER
DIRECCIÓN:	CALLE 3 AV 5 Y 6 TELÉFONO:	1234567
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):		NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA		
NÚMERO PLANILLA:	6000827088	TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN:	MES: enero	PERIODO COTIZACIÓN MES: enero
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2026	SALUD: AÑO: 2026
DÍAS DE MORA:	0	
ESTADO:	GUARDADA	

LIQUIDACIÓN GENERAL				
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL POR PAGAR
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9003360047	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	\$ 342.800
SUBTOTAL:			1	\$ 342.800
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9001562642	EPS037	EPS037 NUEVA EPS	1	\$ 267.800
SUBTOTAL:			1	\$ 267.800
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600111536	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	\$ 52.200
SUBTOTAL:			1	\$ 52.200
TOTAL POR PAGAR:				\$ 662.800

Nota: Este soporte no es válido para reclamaciones ante entidades financieras y administradoras.

**PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE PARA PAGO**

DATOS GENERALES DEL APORTANTE				
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	88245634	
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	ARBOLEDAS DEPARTAMENTO:		CARLOS RAUL CARRILO GARCIA	
CIUDAD/MUNICIPIO:	CALLE 3 AV 5 Y 6 TELÉFONO:		NORTE DE SANTANDER	
DIRECCIÓN:	02-INDEPENDIENTE CLASE APORTANTE:		1234567	
TIPO APORTANTE:	PRIVADA ACTIVIDAD ECONOMICA:		I-INDEPENDIENTE	
TIPO EMPRESA:	ÚNICO		Actividades reguladoras y	
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ACTIVIDADES REGULADORAS Y		NO	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):				
DATOS GENERALES DE LA PLANILLA				
NÚMERO PLANILLA:	6000827088		TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	enero	PERIODO COTIZACIÓN	MES: enero
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2026	SALUD:	AÑO: 2026
DÍAS DE MORA:	0			
ESTADO:	GUARDADA			
LIQUIDACIÓN GENERAL				
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL POR PAGAR
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9003360047	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	\$ 342.800
SUBTOTAL:			1	\$ 342.800
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9001562642	EPS037	EPS037 NUEVA EPS	1	\$ 267.800
SUBTOTAL:			1	\$ 267.800
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600111536	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	\$ 52.200
SUBTOTAL:			1	\$ 52.200
TOTAL POR PAGAR:				\$ 662.800

Nota: Este soporte no es válido para reclamaciones ante entidades financieras y administradoras.