

**FORMATO PARA TRÁMITE DE PAGO DE CONTRATOS POR PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES****Código** 750.15.15-19**Versión** 7**PROCESO GESTIÓN FINANCIERA Y CONTABLE****Fecha** 26/01/2023**PROCEDIMIENTO DE PAGOS****Página:** 1

INFORME NÚMERO : 3 Fecha de presentación o radicación: 2026-04-01

| No. Contrato - año                     | Nº registro presupuestal    | Fecha de inicio | Fecha de terminación        |
|--|-----------------------------|-----------------|-----------------------------|
| CPSP-350-2026                          | 37226                       | 2026-01-12      | 2026-09-30                  |
| Ciudad ejecución                       | Nombre completo contratista | C.C./ID         | Correo electrónico personal |
| BOGOTÁ, D.C.                           | MARIA VICTORIA SANCHEZ      | 65748593        | vickysanchez70@hotmail.com  |
| Correo electrónico institucional       | Celular /Teléfono / Ext.    | Período a pagar |                             |
| mariavic.sanchez@unidadvictimas.gov.co | 3112103319                  | MARZO           |                             |

**Novedades del periodo a pagar**

| Valor Total Inicial               | Valor Adición      | Valor Reducción | Saldo Actual           |
|-----------------------------------|--------------------|-----------------|------------------------|
| <b>\$ 92.750.000</b>              | <b>\$</b>          | <b>\$</b>       | <b>\$ 65.100.000</b>   |
| Valor a pagar en el período o mes | Responsable de IVA | Cesión          | Terminación anticipada |
| <b>\$ 10.500.000</b>              | No Responsable     | NO              | NO                     |
| Suspensión                        | NO                 |                 |                        |

|                    |  |
|--------------------|--|
| Objeto Contractual | Prestar sus servicios profesionales a la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas en la Oficina Asesora de Planeación, ejecutando actividades de fortalecimiento, acompañamiento, mantenimiento e implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG, incluyendo los planes institucionales. |
|--------------------|--|

**ACLARACIONES TRIBUTARIAS**

|  |    |
|--|----|
| El presente contrato corresponde a rentas de trabajo que NO provienen de una relación laboral o legal y reglamentaria, y he optado por restar los costos y gastos procedentes en desarrollo de esta actividad. (Artículo 206, 383 E.T, Parágrafo 2 y Art- 392 E.T) (SI- Aplica retención por Honorarios/Servicios (11%,10% o 6%,4% - Art.392) y soportar costos y gastos - contratos diferentes a Prestación de servicios personales). (NO - Aplica retención tabla Art. 206 y 383 (Renta exenta 25%)) | NO |
|--|----|

|  |               |                    |                               |
|--|---------------|--------------------|-------------------------------|
| Como persona natural, solicito la aplicación de una tarifa de retención en la fuente superior, la cual se solicita sea aplicada a partir de la presentación de este cuenta de cobro. | NO            |                    |                               |
| Valor a descontar  | \$ 0          |                    |                               |
| <b>SUPERVISIÓN DEL CONTRATO</b>  |               |                    |                               |
| Supervisor   | No. Documento | Cargo              | Dependencia                   |
| LUIS GABRIEL TABOADA CASTRO  | 91432243      | 13-Jefe de Oficina | Oficina Asesora de Planeación |

**EL (LA) SUSCRITO(A) SUPERVISOR(A) DEL CONTRATO ESTATAL DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES Y/O DE APOYO A LA GESTIÓN No. CPSP-350-2026**

**CERTIFICO QUE:**

- 1.El (la) Contratista cumplió a satisfacción las obligaciones contractuales pactadas en el periodo.
2. He verificado el pago de los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social realizados por el Contratista, de acuerdo con la planilla relacionada y en cumplimiento de las normas vigentes. En caso de tratarse del primer pago, se autoriza la presentación de los soportes de afiliación al Sistema de Seguridad Social (certificados de afiliación a salud y pensión), conforme al Decreto 1273 de 2018, que permite el pago de la seguridad social mes vencido.

Certificado en BOGOTÁ, D.C., a los 2026-04-01 13:14:19

**Cordialmente,**

Nombre:LUIS GABRIEL TABOADA CASTRO  
Documento:91432243  
Cargo:13-Jefe de Oficina  
Dependencia:Oficina Asesora de Planeación

El documento se ha validado a través del ingreso de esta clave dinámica por el supervisor del contrato.

Fecha | Hora de firma:2026-04-01 13:14:19  
Firmado por:luis.taboada  
Firmado desde la IP:30.0.1.5

**PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO COMO CONTRATISTA, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:**

1. Anexo los soportes del pago de Seguridad Social en Salud y Pensión correspondientes a los ingresos provenientes del contrato objeto del presente pago cumpliendo la normativa vigente.
2. El RUT se encuentra actualizado según mis actividades y en caso de tener beneficios tributarios he presentado los soportes o certificados respectivos.
3. Toda la información aquí suministrada puede ser verificada y se han entregado los informes de actividades o documentos exigidos en el contrato.

Nota:

Los profesionales de Financiera y Contractual no verifican cantidad ni calidad de los informes o productos anexos, considerando que es responsabilidad del supervisor/a hacer el respectivo seguimiento y verificación de lo recibido por el contratista de acuerdo con lo fijado en el art. 84 de la Ley 1474 de 2011.

FIRMADO:P30173488