

	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		1938		2026	
CONTRATISTA:		JULIÁN ANDRÉS CABRERA LÓPEZ					
CC, CE o NIT:		1113791004					
NOMBRE SUPERVISOR:		PLINIO ENRIQUE ORDOÑEZ VILLAMIZAR		CARGO SUPERVISOR:		JEFE OFICINA DE PROTOCOLO	
FECHA INICIO:		2/02/2026		FECHA TERMINACIÓN:		26/06/2026	
OBJETO CONTRATO:		PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA ACOMPAÑAR EN TEMAS JURÍDICOS Y EN LAS ACTIVIDADES RELACIONADAS AL SEGUIMIENTO DE LOS PROCESOS CONTRACTUALES DE LA OFICINA DE PROTOCOLO					
II. DESCRIPCIÓN DEL PAGO							
NÚMERO CUENTA DE COBRO:		3		PERIODO A COBRAR		DESDE: 2/04/2026 HASTA: 1/05/2026	
CERTIFICADO DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL:		9626		ACTA		PARCIAL: X FINAL:	
VALOR PRESENTE CUENTA DE COBRO:		\$ 7.500.000,00		VALOR EN LETRAS		SIETE MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS MDA/CTE	
ESTADO DE CUENTA							
VALOR ACTA 1:		\$ 7.500.000,00		VALOR ACTA 5:		VALOR ACTA 9:	
VALOR ACTA 2:		\$ 7.500.000,00		VALOR ACTA 6:		VALOR ACTA 10:	
VALOR ACTA 3:		\$ 7.500.000,00		VALOR ACTA 7:		VALOR ACTA 11:	
VALOR ACTA 4:				VALOR ACTA 8:		VALOR ACTA 12:	
						VALOR INICIAL DEL CONTRATO \$ 36.250.000,00	
						ADICIÓN O REDUCCIÓN	
						EJECUTADO \$ 22.500.000,00	
						SALDO: \$ 13.750.000,00	
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:	
6012508956		\$ 375.000,00		\$ 480.000,00		\$ 15.700,00	
						TOTAL:	
						\$ -	
						\$ -	
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:				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.			
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					
Manifiesta que es del régimen Común		SI					
		NO					
Manifiesta que es del régimen Simplificado		SI					
		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		\$ -	
b. Plan de medicina prepagada o seguro de salud				SI			
				NO			
c. Dependientes				SI		Valor mensual:	
				NO			
La presente orden de pago se expide el:				6/05/2026			
Observaciones:							
FIRMA RESPONSABLE							
		PLINIO ENRIQUE ORDOÑEZ VILLAMIZAR					
		JEFE OFICINA DE PROTOCOLO					

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1113791004
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	JULIAN ANDRES CABRERA LOPEZ		
CIUDAD/MUNICIPIO:	CALI	DEPARTAMENTO:	VALLE
DIRECCIÓN:	CRA 60A # 11B31 BARRIO SANTA	TELÉFONO:	2297450
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NÚMERO PLANILLA:	6012508956		TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES	
PERIODO COTIZACIÓN:	MES:	abril	PERIODO COTIZACIÓN:	MES:	abril
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2026	SALUD:	AÑO:	2026
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/04/23		NÚMERO AUTORIZACIÓN:	248368877	

NOVEDADES																
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL					TOTALES	
					COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN						
ADMINISTRADORA						
NIT	CÓDIGO	NOMBRE				
9003360047	25-14	25-14 COLPENSIONES			1	\$ 480.000
SUBTOTAL:					1	\$ 480.000
SALUD						
ADMINISTRADORA						
NIT	CÓDIGO	NOMBRE				
8050011572	EPS018	EPS018-S.O.S.			1	\$ 375.000
SUBTOTAL:					1	\$ 375.000
RIESGOS PROFESIONALES						
ADMINISTRADORA						
NIT	CÓDIGO	NOMBRE				
8600111536	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A			1	\$ 15.700
SUBTOTAL:					1	\$ 15.700

VALOR SIN MORA:	\$ 870.700
VALOR MORA:	\$ 0
TOTAL PAGADO:	\$ 870.700