IPSE	**FORMATO DE AUTORIZACION Y ORDENACION DE PAGOS Y/O GIROS**	Código:	IPSE-GF-F05
		Versión:	12
	PROCESO DE APOYO	Fecha:	04-11-2025
	GESTIÓN FINANCIERA	Páginas:	**1** de **2**

Bogotá, D.C. 02/02/2026.

supervisor del contrato, convenio u orden No. 151-2026 de fecha (28 de enero 2026)	EXPEDIENTE No. ID2935
	FECHA INICIO:29/01/2026
	FECHA FINAL:30/04/2026
	VALOR MENSUAL: $5.000.000

Objeto: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL APOYO TÉCNICO EN LA PLANEACIÓN, ACOMPAÑAMIENTO, SEGUIMIENTO CONTROL Y MEJORA CONTINUA DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO – SG-SST DEL IPSE APLICABLE A LOS PROYECTOS ENERGÉTICOS QUE DESARROLLA LA ENTIDAD, EN EL MARCO DE LA TRANSICIÓN ENERGÉTICA JUSTA Y DE LA AMPLIACIÓN Y MEJORAMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA DEL SERVICIO DE ENERGÍA ELÉCTRICA EN EL TERRITORIO NACIONAL

CERTIFICA:

Que el contratista: LUBIRTON LANDAZURI VALVERDE

Identificado con NIT o **C.C**. N.º: 16.892.307

Cumplió con las obligaciones establecidas en el contrato para el pago del periodo comprendido entre el (Bogotá DC. 29/01/2026 y el 30/01/2026).

Por lo tanto, certifico que recibí a satisfacción los bienes y/o servicios pactados contractualmente y verifiqué que todos los requisitos necesarios para el pago fueron cumplidos.

Teniendo en cuenta lo anterior y en cumplimiento de la FORMA DE PAGO del contrato, convenio u orden, **AUTORIZO y ORDENO** proceder con el pago (o giro) No 1 correspondiente a la suma de: $ 833.330 (OCHOCIENTOS TREINTA Y TRES MIL TRECIENTOS TREINTA PESOS), y el pago del gravamen al movimiento financiero si aplica.

El pago de acuerdo con lo solicitado por el contratista en la cuenta de cobro/factura o documento equivalente con los soportes, debe ser abonado en la cuenta bancaria: Ahorros **X** Corriente ☐ _____No: **866825697-02** del Banco: **BANCOLOMBIA**

ENDOSO SI ☐, NO **X**, Tercero_____, NIT_____

El valor a pagar se debe afectar presupuestalmente de la siguiente manera:

Nº de certificado de disponibilidad presupuestal (CDP)	Nº Certificado de Registro Presupuestal (CRP)	FUENTE DE RECURSOS (Propios y/o nación)	RUBRO PRESUPUESTAL	VALOR A PAGAR
CDP: 4426	CRP 22526	NACIÓN	A-02-02-02-008-003	$833.330

Nota: La fuente, el rubro presupuestal, el No. del CDP y el No del CRP, se pueden ver en el certificado de registro presupuestal (CRP). Además, puede(n) apoyarse en el contrato, convenio u orden y el estudio previo. En consecuencia, es de responsabilidad de los supervisores establecer y llevar un control de la ejecución por fuente y concepto a medida que se genera, certifica y tramita cada una de las certificaciones y autorizaciones de pago.

El consolidado de pagos del contrato, convenio u orden es el siguiente:

Valor inicial del contrato, convenio u orden	$15.833.330
(+) Adición y/o (-) Reducción	$0
(-) Valores pagados del contrato, CRP 22526	$0
= Subtotal del contrato a la fecha	$15.833.330
(-) Valor a pagar en este periodo	$833.330
= Total Contrato después de este pago	$15.000.000

El Régimen tributario del contratista es:

No responsable de IVA **X** Responsable de IVA ☐ Régimen Simple de Tributación ☐

Gran Contribuyente ☐

Pagos a seguridad Personas naturales:

El supervisor del contrato certifica que para el presente pago se verificaron y constataron por el o los mes (es) Enero, los aportes (**sin incluir mora**) efectuados por el contratista por concepto de salud $ 41.800 pensión $ 53.500, ARL $ 1.800, basados en el 40% de los ingresos del respectivo mes, del presente contrato de acuerdo con lo establecido en la Ley 789/2002 y el Decreto 1703/2002, según lo relacionado en el numeral 5 del presente informe y además de haber sido liquidados los aportes de acuerdo con los artículos 3,4 y 5 de la Ley 797 de 2003, el Decreto. 510 de 2003 y la Circular Conjunta N.º 001 del Min. de la Protección Social y Ministerio de Hacienda (Soporte Planilla de Pago).

ARL Riesgo V -En consideración a que las actividades que desarrolla el contratista, se clasifica en riesgo V, para dar cumplimiento al Decreto 723 de 2013 del Ministerio de Salud y Protección Social, la entidad debe hacer el pago de ARL. Si ☐ No **X**

El suscrito supervisor del presente contrato certifica que para el pago del periodo correspondiente se han revisado los documentos en original, los cuales se encuentran en el sistema de gestión documental en el respectivo expediente contractual y se aprueban los siguientes documentos:		**Anexa**
1.	Informe de actividades del periodo y soportes	**X**
2.	Factura	☐
3.	Cuenta de cobro y/o documento equivalente	**X**
4.	Soporte de aportes al Sistema General de Seguridad Social (persona natural)	**X**
5.	Certificado de pagos a seguridad social y parafiscal firmado Revisor Fiscal y /o Representante Legal (persona jurídica)	☐
6.	Comprobante de Ingreso y Salida de Almacén (Si aplica)	☐
7.	Documentos adicionales requeridos en la forma de pago del contrato, convenio u orden para el presente pago	☐



FIRMA

Nombres y apellidos del supervisor: ALEXIS RODRIGO DIAZ QUIROZ
Cargo: Cargo: Profesional Especializado Grado Código 2028 Grado14

NOTA: EL SUPERVISOR CERTIFICA QUE EL PRESENTE DOCUMENTO ES FIRMADO EN ORIGINAL PARA REALIZAR EL RESPECTIVO TRÁMITE DE AUTORIZACION Y ORDENACIÓN DE PAGO O GIRO.