Instituto Nacional de Metrología de Colombia

# CERTIFICACIÓN PARA PAGO

## INFORMACIÓN BÁSICA DEL RADICADO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Dependencia:** | **Secretaría General** | **Pago N°:** | **7** | De: | |

## INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombre o Razón Social:** | **COMPAÑÍA OPERADORA DE CONTRATOS SAS** | **Naturaleza Jurídica:** | **Persona Jurídica** |
| **Tipo de Documento:** | **NIT** | **No. Documento:** | **901.142.693 - 1** |

## INFORMACIÓN DEL CONTRATO O ACTO ADMINISTRATIVO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **No. Contrato/Acto Administrativo:** | **CAO** | **CAO 014 2025** | | **Inicio Cobertura Póliza:** | 13 de junio de 2025 |
| **Objeto:** | "PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DE LOS VEHÍCULOS DE PROPIEDAD DEL INSTITUTO NACIONAL DE METROLOGÍA." | | | **Inicio Cobertura ARL:** | |
| | | | | **Fecha de inicio:** | 18 de junio de 2025 |
| **Plazo Ejecución:** | | **Meses** | **Días** | **Fecha de terminación:** | 30 de junio de 2026 |
| **Supervisor:** | **David Orlando Cuellar Calderon** | | | **Novedades:** | **Sin Novedades** |
| **Fecha de Designación:** | **7 de mayo de 2025** | | | **Fecha Inicio Novedad:** | |

## INFORMACIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO

| | | |
|---|---|---|
| **Valor Inicial** | **$** | **36.901.124,00** |
| **Adiciones** | **$** | **18.450.562,00** |
| **Reducciones** | | |
| **Valor Total** | **$** | **55.351.686,00** |

| | | |
|---|---|---|
| **Valor Pagado** | **$** | **36.362.062,02** |
| **Saldo por Pagar** | **$** | **18.989.623,98** |

**Información del Registro Presupuestal**

| N° RP | Tipo de Gasto | Fuente | | Valor |
|---|---|---|---|---|
| **25625** | **Funcionamiento** | **Nación** | **$** | **36.362.062,02** |
| **726** | **Funcionamiento** | **Nación** | **$** | **539.061,98** |
| **13326** | **Funcionamiento** | **Nación** | **$** | **18.450.562,00** |
| | | | **$** | **-** |
| | | | **$** | **-** |
| | | | **$** | **-** |
| **TOTAL** | | | **$** | **55.351.686,00** |

## INFORMACIÓN PARA AFECTACIÓN DEL PAGO

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **¿Factura Electrónicamente?** | **SI** | **Periodo a Cobrar:** | | al |
| **N° Factura(s):** | **FEC 5297** | | **MARZO** | |
| **Fecha de aprobación en SIIF:** | **12 de abril de 2026** | **Valor a Pagar:** | **$** | **4.450.600,00** |

**Información para Afectación Presupuestal**

| N° RP | Rubro Presupuestal | Uso Presupuestal | Fuente | % Ejecución | | Valor |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **25625** | **A-02-02-02-008-007** | **A-02-02-02-008-007-02-9** | **Nación** | **0,00%** | **$** | **-** |
| **726** | **A-02-02-02-008-007** | **A-02-02-02-008-007-02-9** | **Nación** | **12,11%** | **$** | **539.061,98** |
| **13326** | **A-02-02-02-008-007** | **A-02-02-02-008-007-02-9** | **Nación** | **87,89%** | **$** | **3.911.538,02** |
| | | | | | **$** | **-** |
| | | | | | **$** | **-** |
| | | | | | **$** | **-** |
| | | | | | **$** | **-** |
| | | | | | **$** | **-** |
| **TOTAL** | | | | **100%** | **$** | **4.450.600,00** |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Entrada Almacén:** | **SI** | **N°** | **015-2026** | **¿Impacta el Activo?** | **SI** |

## AUTORIZACION DE DESCUENTOS
**(Exclusiva para Contratistas Personas Naturales)**

* Autorizo los siguientes descuentos y solicito que los mismos sean consignados a la entidad financiera o fondo que relaciono:

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **AFC** | | **Entidad Financiera:** | | **Valor del Ahorro:** | |
| **Pensión Voluntaria** | | **Fondo Pensiones** | | **Valor del Aporte:** | |

* Solicito que me sea aplicada una retención en la fuente adicional a título de renta así (Diligencie solo uno de los campos):

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Porcentaje:** | | **Valor:** | |

## DECLARACION JURAMENTADA DE CUMPLIMIENTO DE APORTES
**(Exclusiva para Contratistas Personas Naturales)**

En mi calidad de contratista, declaro bajo gravedad de juramento, en cumplimiento de lo establecido en el parágrafo 1 del artículo 4 del Decreto 2271 de 2009, que el pago de aportes obligatorios al Sistema de Seguridad Social Integral por concepto de salud, pensión y ARL, corresponden a los ingresos provenientes de este contrato. Así las cosas suministro la siguiente información:

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Periodo de Seguridad Social:** | | | **Número de Planilla** | | **Riesgo:** | |
| **Periodo de Seguridad Social:** | | | **Número de Planilla** | | **Riesgo:** | |

Firma Contratista
**Contratista**

## RECIBIDO A SATISFACCIÓN DEL SUPERVISOR / RESPONSABLE ACTO ADMINISTRATIVO

En calidad de supervisor, manifiesto que:

- El contratista cumplió a satisfacción y dentro de los términos contractuales con las obligaciones establecidas para este periodo de cobro. **SI**
- El contratista dio cumplimiento a lo establecido en las disposiciones legales vigentes sobre el Sistema de Seguridad Social Integral (Artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y Art. 89 Ley 2277 de 2022) y cumplió con los aportes a salud, pensión y ARL, pues he validado la planilla aportada por él. **SI**
- Autorizo el pago registrado en este formato. **SI**

David Orlando Cuellar Calderón

Firmado digitalmente por David Orlando Cuellar Calderón

Firma Supervisor o Responsable
**Supervisor / Responsable Acto Administrativo**