



FORMATO PARA TRÁMITE DE PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES

Código	750.15.15-19
Versión	7
Fecha	26/03/2024
Página	1

Nº contrato – año **781-2026** N° registro presupuestal **202626** Ciudad ejecución **BOGOTÁ D.C.**

Nombre completo contratista **JUAN CAMILO UBAQUE BERNAL** C.C./ID **1.121.940.299**

Correo electrónico contratista **juan.ubaque@unidadvictimas.gov.co** Celular /Teléfono/ ext. **3107715618**

Mes o período a pagar **Marzo** N° Planilla Seguridad Social y mes **[REDACTED]**

D. Valor Actual del Contrato **\$ 66.000.000**

E. Valor a pagar del período o mes **\$ 6.000.000**

F. Valor Pagado Acumulado **\$ 7.600.000**

% IVA **[REDACTED]**

G. Saldo Actual (=D-F) **\$ 58.400.000**

Objeto Contractual Prestar sus servicios profesionales a la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas en la Dirección Técnica de Reparación para brindar asistencia técnica y metodológica en la gestión interna y externa de la ejecución de estrategias de reparación integral con enfoque diferencial y la implementación adecuada del modelo operacional con enfoque diferencial al interior de la Dirección para la construcción de la paz total.

Observaciones y anexos (N° Factura y fecha factura)

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

- Cumplí a cabalidad las actividades y obligaciones del contrato indicado.
- 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.
- El RUT se encuentra actualizado según mis actividades y en caso de tener beneficios tributarios he presentado los soportes o certificados respectivos.
- Toda la información aquí suministrada puede ser verificada y se han entregado los informes de actividades o documentos exigidos en el contrato.

JUAN CAMILO UBAQUE BERNAL
FIRMA DEL CONTRATISTA

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:

- Que el Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas.
- Desarrolló las actividades dentro del período de cobro.
- He verificado el pago de los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social realizados por el Contratista según la planilla relacionada de conformidad con las normas vigentes.

NOTA: REQUIERE FIRMA DE ORDENADOR DEL PAGO PARA EL FONDO DE REPARACIÓN DE VÍCTIMAS - FRV DE ACUERDO CON LA RESOLUCIÓN No. 03875 DE 18 DE OCTUBRE DE 2022.

LINA MARÍA PERILLA CUBIDES
PROFESIONAL UNIVERSITARIO CODIGO 2044 GRADO 11

INFORMACIÓN G. FINANCIERA Y C.

REVISADO: FECHA:

CAUSA DEVOLUCIÓN:

RADICA CUENTA: FECHA:

OBLIGACIÓN: FECHA:

ORDEN PAGO: FECHA:

NOMBRE(S) COMPLETO(S)
ORDENADOR

RECIBIDO G. FINANCIERA Y C. (HORA)