

 <div>Unidad para las Víctimas</div>	FORMATO PARA TRÁMITE DE PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES		Código	750.15.15-19
	PROCESO GESTIÓN FINANCIERA Y CONTABLE		Versión	7
	PROCEDIMIENTO DE PAGOS		Fecha	26/01/2023
			Página	1

Nº contrato – año1678-2026Nº registro presupuestal181926Ciudad ejecuciónArmenia Quindio

Nombre completo contratistaJUAN MANUEL VALDEBLANQUEZ MATAMOROSC.C./ID80.181.999

Correo electrónico contratistajuan.valdeblanquez@unidadvictimas.gov.coCelular /Teléfono/ ext.3124502233

Mes o período a pagar14 DE ABRIL-30 DE ABRILNº Planilla Seguridad Social y mes1081658220 ABRIL

D. Valor Actual del Contrato\$ 12.450.000E. Valor a pagar del período o mes\$ 2.550.000

F. Valor Pagado Acumulado\$ 2.550.000% IVA

G. Saldo Actual (=D-F)\$ 9.900.000

ObjetoContractual

Prestar los servicios profesionales en la Dirección de Reparación de la Unidad para las Víctimas para atender los asuntos jurídicos relacionados con la implementación de las medidas de reparación integral a las víctimas en la dirección territorial asignada.

Observaciones y anexos (Nº Factura y fecha factura)

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

1. Cumplí a cabalidad las actividades y obligaciones del contrato indicado.

2. 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.

3. El RUT se encuentra actualizado según mis actividades y en caso de tener beneficios tributarios he presentado los soportes o certificados respectivos.

4. Toda la información aquí suministrada puede ser verificada y se han entregado los informes de actividades o documentos exigidos en el contrato.



JUAN MANUEL VALDEBLANQUEZ MATAMOROS
FIRMA DEL CONTRATISTA

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

1. Que el Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas.

2. Desarrolló las actividades dentro del período de cobro.

3. 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.

MILLER JONNJANIS RUIZ DIAZ
DIRECTOR TERRITORIAL EJE CAFETERO (E)

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)