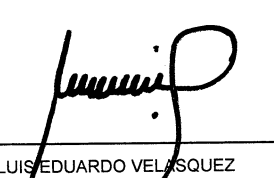
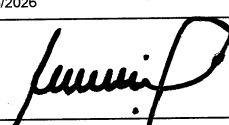


 CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA CÁMARA DE REPRESENTANTES AQUÍ VIVE LA DEMOCRACIA NIT: 899999098-0		FORMATO ÚNICO PARA PAGO DE CONTRATISTAS		Código:3-GF-S3-Ft-1 Versión:2 Fecha de aprobación:20/2/2025 DIVISIÓN FINANCIERA Y DE PRESUPUESTO Proceso: ORDEN DE PAGO	
ORDEN DE PAGO DEL SUPERVISOR A LA DIVISIÓN FINANCIERA Y DE PRESUPUESTO					
I. DATOS BÁSICOS DEL CONTRATO					
NÚMERO:		CPS	2141	2026	
CONTRATISTA:		Marcela Alejandra Ayala Perdomo			
CC, CE o NIT:		1144024602			
NOMBRE SUPERVISOR:		LUIS EDUARDO VELASQUEZ	CARGO SUPERVISOR:	COORDINADOR OFICINA COORDINADORA DEL CONTROL INTERNO	
FECHA INICIO:		9/2/2026	FECHA TERMINACIÓN:	8/6/2026	
OBJETO CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN LA OFICINA COORDINADORA DEL CONTROL INTERNO, EN LA PLANEACIÓN Y EJECUCIÓN DE LAS AUDITORÍAS INTERNAS, EN LA ELABORACIÓN DE INFORMES DE LEY EN ESPECÍFICO, SEGUIMIENTO AL TRÁMITE DE PQRSY Y MONITOREO A LAS MATRICES DE RIESGO; Y LAS DEMÁS QUE INDIQUE EL SUPERVISOR DEL CONTRATO			
II. DESCRIPCIÓN DEL PAGO					
NÚMERO CUENTA DE COBRO:	4	PERIODO A COBRAR	DESDE: 9/5/2026 HASTA: 8/6/2026	ACTA	PARCIAL: FINAL: X
CERTIFICADO DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL:		9626	CERTIFICADO REGISTRO PRESUPUESTAL:		237026
VALOR PRESENTE CUENTA DE COBRO:	\$ 4.500.000,00		VALOR EN LETRAS	cuatro millones quinientos mil pesos Mcte.	
ESTADO DE CUENTA					
VALOR ACTA 1:	\$ 4.500.000,00	VALOR ACTA 5:		VALOR ACTA 9:	VALOR INICIAL DEL CONTRATO \$ 18.000.000,00
VALOR ACTA 2:	\$ 4.500.000,00	VALOR ACTA 6:		VALOR ACTA 10:	ADICIÓN O REDUCCIÓN
VALOR ACTA 3:	\$ 4.500.000,00	VALOR ACTA 7:		VALOR ACTA 11:	EJECUTADO \$ 18.000.000,00
VALOR ACTA 4:	\$ 4.500.000,00	VALOR ACTA 8:		VALOR ACTA 12:	SALDO: \$ -
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:	TOTAL:	PERIODO PAGADO:
86015275	\$ 225.000,00	\$ 288.000,00	\$ 9.400,00	\$ 522.400,00	MAYO
89588863	\$ 218.900,00	\$ 280.200,00	\$ 9.200,00	\$ 508.300,00	JUNIO
92594081	\$ 6.100,00	\$ 7.800,00	\$ 200,00	\$ 14.100,00	JUNIO
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	X			
Manifiesta que es del régimen Común	SI				
	NO	X			
Manifiesta que es del régimen Simplificado	SI	X			
	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	X			
b. Plan de medicina prepagada o seguro de salud	SI		Valor mensual:		
	NO	X			
c. Dependientes	SI				
	NO	X			
La presente orden de pago se expide el:			17/6/2026		
Observaciones:					
FIRMA RESPONSABLE	 LUIS EDUARDO VELASQUEZ COORDINADOR OFICINA COORDINADORA DE CONTROL INTERNO				

 ACUÍ VIVE LA DEMOCRACIA NIT: 89999098-0	FORMATO DE INFORME DE EJECUCIÓN POR PARTE DEL CONTRATISTA Y CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO POR PARTE DEL SUPERVISOR		Código:		3-GJC-DJFt-6
			Versión:		1
			Fecha de aprobación:		20/2/2025
			DIVISIÓN JURÍDICA		
		Proceso: Contratación			
I. DATOS BÁSICOS DEL CONTRATO					
NÚMERO:		CPS	2141	2026	
CONTRATISTA:		Marcela Alejandra Ayala Perdomo			
CC o NIT:		1144024602			
NOMBRE SUPERVISOR:		LUIS EDUARDO VELASQUEZ	CARGO SUPERVISOR:		COORDINADOR OFICINA COORDINADORA DEL CONTROL INTERNO
FECHA INICIO:		9/2/2026	FECHA TERMINACIÓN:		8/6/2026
OBJETO CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN LA OFICINA COORDINADORA DEL CONTROL INTERNO, EN LA PLANEACIÓN Y EJECUCIÓN DE LAS AUDITORÍAS INTERNAS, EN LA ELABORACIÓN DE INFORMES DE LEY EN ESPECÍFICO, SEGUIMIENTO AL TRÁMITE DE PQRSY Y MONITOREO A LAS MATRICES DE RIESGO; Y LAS DEMÁS QUE INDIQUE EL SUPERVISOR DEL CONTRATO			
II. PERIODO DE EJECUCIÓN					
NUMERO DE INFORME:		4	DESDE:	9/5/2026	
			HASTA:	8/6/2026	
III. OBLIGACIONES Y ACTIVIDADES EJECUTADAS EN EL RESPECTIVO PERIODO					
OBLIGACIONES PREVISTAS EN EL CONTRATO			ACTIVIDADES DESARROLLADAS		
Participar en la planeación de las auditorías internas y ejecutar las que le sean asignadas.			Realicé las observaciones respecto de la gestión de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales en la Auditoría del Sistema de seguridad y salud en el trabajo.		
			Participé en la apertura de la Auditoría al Proceso de Elaboración de Matrices del Riesgo. Participé en la proyección del numeral 5. Del Informe de la Auditoría Interna del Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo. El 12 de mayo de 2026,		
Recopilar y apoyar en la elaboración del informe semestral, de seguimiento al trámite de PQRSY; y brindar respuestas a los mismos cuando sea requerido.			En el mes de mayo realicé seguimiento al trámite de PQRSY, ya que se hace una recopilación de la información mensual que envían las dependencias al correo de la oficina de control interno .		
Apoyar con la elaboración de los informes trimestrales, de monitoreo a las matrices de riesgo.			En este periodo no se realizaron informes; sin embargo se apoyo con la recopilación de información para la elaboración del informe trimestral de matrices de riesgo. Dando así cumplimiento a mis obligaciones previstas en el contrato .		
Las demás que indique el supervisor del contrato y que se desprendan del objeto y naturaleza contractual.			Participé en la capacitación del 14 de mayo de 2026, sobre el correcto uso del SISTEMA DE GESTIÓN DE DOCUMENTOS ELECTRÓNICOS DE ARCHIVO SGDEA - CONTROLDOC®.		
			Participé en la sesión virtual sobre la Adecuada motivación de los actos administrativos realizada el 19 de mayo de 2026. Participé en la capacitación del 21 de mayo sobre el correcto uso del SISTEMA DE GESTIÓN DE DOCUMENTOS ELECTRÓNICOS DE ARCHIVO SGDEA - CONTROLDOC.		
IV. CUMPLIMIENTO DEL DECRETO 2271 DE 2009					
Obrando en nombre propio, en atención a lo previsto en el Decreto 2271 de 2009, el suscrito CONTRATISTA certifica bajo la gravedad de juramento que los aportes al Sistema General de Seguridad Social Integral, corresponden a los pagos efectuados sobre los ingresos percibidos como trabajador independiente - contratista de la Cámara de Representantes, en virtud del contrato identificado en el acapite I. Datos básicos del contrato. Igualmente, de conformidad con el parágrafo 2° del artículo 383 del E.T., manifiesto que no tengo contratados ni vinculados a mi cargo dos o mas personas asociadas a este contrato.					
NÚMERO PLANILLA:	SALUD:	PENSIÓN:	ARL:	TOTAL:	PERIODO PAGADO:
86015275	225.000	288.000	9.400	522.400	MAYO
92594081	\$ 6.100,00	\$ 7.800,00	\$ 200,00	\$ 14.100,00	AJUSTE JUNIO
89588863	\$ 218.900,00	\$ 280.200,00	\$ 9.200,00	\$ 508.300,00	JUNIO
V. ESTADO FINANCIERO DEL CONTRATO					
TOTAL:		\$	18.000.000,00	PLAZO TRANSCURRIDO	PLAZO RESTANTE
PAGADO:		\$	13.500.000,00	119 DÍAS	0 DÍAS
EJECUTADO POR PAGAR:		\$	4.500.000,00		
POR EJECUTAR:		\$	-		
VI. PRODUCTOS Y ANEXOS					
Observaciones:					
VII. FIRMA CONTRATISTA					
FIRMA CONTRATISTA					
		Marcela Alejandra Ayala Perdomo			
Certifico que el contratista, en cumplimiento de las obligaciones contractuales pactadas, ejecutó las actividades descritas en el numeral III. OBLIGACIONES Y ACTIVIDADES EJECUTADAS EN EL RESPECTIVO PERIODO, durante el periodo indicado en numeral II. PERIODO DE EJECUCIÓN				SI	X
				NO	
VIII. FIRMA DEL SUPERVISOR					
FECHA:		17/6/2026			
FIRMA SUPERVISOR					
		LUIS EDUARDO VELASQUEZ			
		Coordinador OFICINA COORDINADORA DE CONTROL INTERNO			

2

DATOS DEL APORTANTE									
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TÉLEFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARA RIESGOS Y SALUD			
CC	1144024602	MARCELA ALEJANDRA AYALA PERDOMO	calle 54 #54-24 apto 705 C	0000000	marayalap04@hotmail.com				
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CUIDAD / MUNICIPIO				
UNICA	I - Independiente			VALLE DEL CAUCA	CALI	NO			

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIAS/SEMANA)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIAS/SEMANA)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC	
		86015275	27/05/2026	1	0	
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR		
2026-05	2026-05	1	\$0	\$522.400		

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD									
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor	
EPS010	EPS Sura	800088702-2	225.000	0		0	0	0	

TOTALES PENSIÓN									
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Días Mora	Valor Mora Cotización	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224803-8	288.000	0	0	0	0	0	1

TOTALES RIESGOS LABORALES									
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	No. Afiliados
14-23	Positiva Seguros	8600115346	9.400	No. Autorización	Valor	9.400	0	9.400	1

TOTALES CAJAS									
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados		

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
0	0	0	0	0
0	0	0	0	0

TOTALES POR SUBSISTEMA				
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar	No. Afiliados
Salud	1	225.000	225.000	225.000
Pensión	1	288.000	288.000	288.000
Riesgos Laborales	1	9.400	9.400	9.400
CCF	0	0	0	0
ESAP	0	0	0	0
ICBF	0	0	0	0
MEN	0	0	0	0
SENA	0	0	0	0
TOTALES	3	522.400	522.400	522.400

DATOS DEL APORTANTE									
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD			
CC	1144024602	MARCELA ALEJANDRA AYALA PERDOMO	calle 54 #94-24 apto 705 C	0000000	marayalap04@hotmail.com				
FORMA PRESENTACIÓN		CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CUIDADO / MUNICIPIO			
ÚNICA		I - Independiente			VALLE DEL CAUCA	CALI	NO		

DATOS DE LA PLANILLA									
PLANILLA ASOCIADA	FECHA VIGENCIA ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO EFECTUADO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC				
		89588863	04/06/2026	1	0				
PERIODO SALUD				PERIODO PENSIÓN	PERIODO PENSIÓN				
2026-06				2026-06	2026-06				
				TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR				
				\$0	\$508.300				

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD									
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor	
EPS010	EPS Sura	800088702-2	218.900	0		0		0	

TOTALES PENSIÓN									
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	
230301	Porvenir	800224808-8	280.200	0	0	0	0	0	

TOTALES RIESGOS LABORALES									
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros		Días Mora	
				No. Autorización	Valor	Valor Neto Cotización	Días Mora Cotización	Valor Neto Cotización	
14-23	Positiva Seguros	860011534-6	9.200			9.200	0	9.200	

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
0	0	0	0	0
0	0	0	0	0

TOTALES POR SUBSISTEMA				
Tipo Administradora	No. Administradores Reportados	Valor antes de IGE, LMA, RP y Mora	Total a Pagar	No. Afiliados
Salud	1	218.900	218.900	218.900
Pensión	1	280.200	280.200	280.200
Riesgos Laborales	1	9.200	9.200	9.200
CCF	0	0	0	0
ESAP	0	0	0	0
ICBF	0	0	0	0
MEN	0	0	0	0
SENA	0	0	0	0
TOTALES	3	508.300	508.300	508.300

DATOS DEL APORTANTE									
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TÉLEFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD			
CC	1144024602	MARCELA ALEJANDRA AYALA PERDOMO	calle 54 #94-24 apto 705 C	0000000	marayalag04@hotmail.com				
FORMA PRESENTACIÓN		CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CUIDAD / MUNICIPIO			
ÚNICA		I - Independiente		1	VALLE DEL CAUCA	CAJ	NO		

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC	
89588863	04/06/2026	92594081	17/06/2026	1	0	
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR		
2026-06	2026-06	N	\$0	\$14.100		

DETALLE POR COTIZANTE																																									
INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN					SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES										
No.	Tipo y Número de identificación		Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	ING	RET	TAE	TOP	TAP	WST	SLM	WAC	VCT	IRL	Ctd. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Ctd. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	CAA ARL	IBC ARL	Días	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporta CCF	IBC otros parafiscales	Aporta SENA	Aporta ICBF	Aporta ESAP	Aporta MEN	
1	CC	1144024602	AYALA PERDOMO MARCELA ALEJANDRA	59	0	N											230201	1.800.000	30	288.000	0	0	0	0	EPS010	1.800.000	30	225.000	14-23	1.800.000	30	1	5.400	0	0	0	0	0	0	0	0

Ajuste planilla de junio