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

Nº contrato – año 853-2026 Nº registro presupuestal 93326 Ciudad ejecución BOGOTA D.C

Nombre completo contratista MONICA PATRICIA CASTRO PEÑATE C.C./ID 22.581.996

Correo electrónico contratista fabio.rivera@unidadvictimas.gov.co Celular /Teléfono/ ext. 3015663785

Mes o período a pagar MAYO- 2026 N° Planilla Seguridad Social y mes 4653727204- MAYO

D. Valor Actual del Contrato $ 44.720.624

F. Valor Pagado Acumulado $ 10.012.080

G. Saldo Actual (=D-F) $ 34.708.544

E. Valor a pagar del período o mes **$ 10.012.080**

% IVA

Objeto Contractual: Prestar sus servicios profesionales para apoyar en la ruta administrativa y judicial el seguimiento al cumplimiento e implementación de los requerimientos judiciales ordenados en fallos de las diversas jurisdicciones de justicia transicional fundamentados en las leyes 975 de 2005, 1448 de 2011, Jurisdicción Especial para la Paz y Corte Interamericana de Derechos Humanos, así como el seguimiento, e implementación en materia de medidas de satisfacción y garantías de no repetición, en el marco del modelo de

Observaciones y anexos (N° Factura y fecha factura)

>>Borre este Ejemplo: Factura 099XFG 29-feb-2023. Registre lo que considere debe comentar o aclarar y los anexos que remite (o deje en blanco)<<

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.

MONICA PATRICIA CASTRO PEÑATE
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.

Julieth Nayibe Moreno Vargas
CARGO(S) SUPERVISOR(ES)

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)