

**AUTORIZACIÓN DE PAGOS PARA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES****Código:** GF-FT-42
Versión: 1
Página: 1 de 1
Vigente desde: 01-04-2022

0	Pago No.	0	de	0
2. OBJETO:	R.P.	R.P. Adición		
0	del	0		
3. NOMBRE SUPERVISOR:	3.1 NOMBRE DEL APOYO DEL SUPERVISOR:		Actividad Económica	
0	0		0	
4. FECHA DE INICIO DEL CONTRATO:	5. FECHA DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO:		Tarifa de Retención ICA	
de	de		0,00	

CERTIFICACIÓN

Actuando en calidad de supervisor del contrato de _____ 0 _____ N° _____ 0 _____ del año: _____ 0
certifico que, _____ 0 _____ con N° de identificación _____ 0 _____ cumplió a satisfacción con el objeto contractual descrito
anteriormente. Con base en lo anterior, autorizo efectuar el pago
por valor de \$ _____ - (en letras) _____
perteneciente al periodo del _____ al _____ de _____.

6. LIQUIDACIÓN DE APORTES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL:

	Valor mínimo a cotizar	Periodo de Pago		
Aporte a sistema de salud (12,5% del 40%)	\$ -	Ingreso Base de Cotización	\$	-
Aporte a sistema de pensión (16% del 40%)	\$ -	Fecha de pago		de
Aporte a ARL bajo nivel de riesgo	\$ -	Número de Planilla		0
TOTAL	\$ -			

7. EFECTUAR PAGO EN:

Banco _____ 0 _____ Tipo de cuenta _____ 0 _____ No. _____ 0

#N/A

0	0	0
8. FIRMA DEL (DE LA) CONTRATISTA De acuerdo con lo estipulado en la normatividad vigente, manifiesto, bajo la gravedad de juramento, que los documentos soportes del pago de aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social, presentados a esta Entidad contratante, corresponden a los ingresos provenientes del contrato de prestación de servicios mencionados en el presente	9. FIRMA DEL SUPERVISOR El (la) suscrito(a) supervisor(a) certifica que el (la) contratista presentó el (los) informe(s) de ejecución avalado(s) por el (los) supervisor(es) designado(s), los pagos al Sistema General de Seguridad Social conforme lo establecido en la normatividad vigente, y por lo anterior autoriza el presente pago.	10. FIRMA DEL APOYO DEL SUPERVISOR El (la) suscrito(a) apoyo del supervisor(a) certifica que el (la) contratista presentó el (los) informe(s) de ejecución avalado(s) por el (los) supervisor(es) designado(s), los pagos al Sistema General de Seguridad Social conforme lo establecido en la normatividad vigente, y por lo anterior autorizo el presente

11. EN CASO DE PRESENTARSE INCONSISTENCIAS INFORMAR A:

Dirección: _____ 0

Teléfono / extensión: _____ 0 e-mail: _____ 0

Nota: Si este documento se encuentra impreso se considera Copia no Controlada. La versión vigente está publicada en el sitio web del Instituto Distrital de Gestión de Riesgos y Cambio Climático