	RECONOCIMIENTO Y PAGO PARA CONTRATOS (PAGO PARCIAL O FINAL)	CÓDIGO:	F-BS-15
		VERSIÓN:	04

Fecha de elaboración reconocimiento:	10 AGOSTO DE 2022	Periodo de Pago:		Del	01 de julio de 2022	Al	31 de julio de 2022
Contrato número y fecha:	1643 de febrero 25 de 2022						
Contratista:	**NELSY BERNAL DUARTE**				c.c. o Nit.	31.036.935	
Representante Legal:					c.c.		
Tipo de Pago:	Parcial	X	Final		Número de Pago:	5	

Señores Gerencia de Contaduría, sírvase elaborar la orden de pago de la cuenta que se anexa, por cuanto cumple con todos los requisitos para que sea cancelada, la cual tiene los siguientes soportes documentales

N.	Documento (Marcar con X los documentos que aplican al pago, los que no con N/A)	Hacienda	Jurídica	Secop	Sia Observa
1	COPIA REGISTRO PRESUPUESTAL (Primer pago o si hay adición o modificación del contrato)	N/A	N/A	N/A	N/A
2	COPIA DEL CERTIFICADO DE BANCO DE PROGRAMAS Y PROYECTOS (Todos los pagos con proyectos de inversión)	N/A	N/A	N/A	N/A
3	ORIGINAL CERTIFICADO SUPERVISOR AUTORIZANDO EL PAGO (F-BS-16)	X	X	X	X
4	COMPROBANTE DE ENTRADA A ALMACÉN (Para Contratos de suministro) (Copia Hacienda – Original Jurídica)	N/A	N/A	N/A	N/A
5	FACTURA DE VENTA O CUENTA DE COBRO DE BIENES O SERVICIOS (Original Hacienda – Copia Jurídica)	X	X	X	X
6	COPIA ACTA DE INICIO (F-BS-12) (Primer Pago)	N/A	N/A	N/A	N/A
7	COPIA CONTRATO (Primer Pago)	N/A	N/A	N/A	X
8	COPIA RUT. o NIT. COMPLETO Y ACTUALIZADO (Primer pago)	N/A	N/A	N/A	N/A
9	COPIA RESOLUCIÓN DE NOMBRAMIENTO DEL SUPERVISOR (Primer Pago o si hay cambio de supervisor)	X	N/A	N/A	N/A
10	CERTIFICACIÓN BANCARIA (Primer pago o si realiza cambio de cuenta)	N/A	N/A	N/A	N/A
11	PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL • Planilla en la que conste pago de aporte. (Persona Natural). • Certificado expedido por representante legal o revisor fiscal (Si está obligado a tenerlo), donde acredite que se encuentra a paz y salvo con aportes a seguridad social y parafiscales durante los últimos 6 meses. (Persona Jurídica)	X	X	X	X
12	COPIA CERTIFICADO DE AFILIACIÓN ARL (Primer Pago, Persona Natural)	N/A	N/A	N/A	N/A
13	INFORME DEL CONTRATISTA	N/A	X	X	X
14	INFORME DEL SUPERVISOR (F-BS-23)	N/A	X	X	X
15	ACTA DE FINALIZACIÓN (F-BS-17)	N/A	N/A	N/A	N/A
16	ACTA DE LIQUIDACIÓN (F-BS-34) (Nota 1 y 2)	N/A	N/A	N/A	N/A
17	COPIA CERTIFICADO CURSO inducción reinducción y sistema de gestión de seguridad de la información de la plataforma uc.meta.gov.co (Primer Pago – Prestaciones de Servicios Profesionales y de Apoyo a la Gestión – Persona Natural)	N/A	N/A	N/A	N/A

Valor a Pagar (Letras y Números):	**UN MILLON TRESCIENTOS CUARENTA Y OCHO MIL QUINIENTOS PESOS ($1.348. 500.oo) MCTE**

Cordialmente,

Nombre:	**CIELO PATRICIA SANCHEZ RODRIGUEZ**	Nombre:	**JHONATAN DAVID NEIRA**
Cargo:	GERENTE ADMINISTRATIVO DE LA SECRETARIA DE SALUD DEL META	Cargo:	SECRETARIO DE SALUD DEL META
Supervisora		Ordenador del Gasto	

Nota: Verificar la vigencia del documento en el listado maestro de documentos.

13165 23 AUG'22 09:41 am

AL SERVICIO DE LA GENTE GOBERNACIÓN DEL META	CERTIFICADO DEL SUPERVISOR AUTORIZANDO PAGO	CÓDIGO:	F-BS-16
		VERSIÓN:	03

NÚMERO Y FECHA DEL **CONTRATO / CONVENIO**:	1643 de febrero 25 de 2022						
CONTRATISTA / CONVENIO							
NOMBRE DE CONTRATISTA:	**NELSY BERNAL DUARTE**						
NIT:	No. 31.036.935						
REPRESENTANTE LEGAL:							
C.C.							
OBJETO: (Transcribir el que está en el contrato o convenio)							
CLAUSULA PRIMERA: "**SERVICIO DE FOTOCOPIADO, ANILLADO Y EMPASTADO DE LA SECRETARIA DE SALUD DEL META"**							
LUGAR DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO: (Transcribir el que está en el contrato o convenio)							
CLAUSULA CUARTA. TÉRMINO Y LUGAR DE EJECUCION: El lugar de ejecución del presente Contrato será en el Municipio de Villavicencio.							
FECHA DE ACTA DE INICIO:	01 DE MARZO DE 2022						
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	**VEINTITRES MILLONES DE PESOS ($23.000.000..)MCTE**						
TERMINO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO: (transcribir como está en el contrato)							
El contrato tendrá un término de ejecución de **OCHO (08) MESES,** Contados a partir de la firma del acta de inicio, la cual debe ser firmada máximo dentro de los cinco (5) días siguientes a la fecha de nombramiento del supervisor, previo el cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y legalización.							
REGISTRO PRESUPUESTAL:	No.	**2421**	VIGENCIA:		28 DE FEBRERO DE 2022		
RUBRO PRESUPUESTAL:	0303-2.1.2.02.02.008-20		INVERSIÓN		FUNCIONAMIENTO	X	
VALOR ADICIÓN: Números y letras							
REGISTRO PRESUPUESTAL DE LA ADICIÓN:	No.		VIGENCIA:				
RUBRO PRESUPUESTAL DE LA ADICIÓN:			INVERSIÓN		FUNCIONAMIENTO		
CLÁUSULA OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA: (Transcribir la cláusula del contrato)							

OBLIGACIONES: En desarrollo y cumplimiento del objeto del contrato, el contratista se obliga a hacer entrega de los elementos presentados de acuerdo a su propuesta y que sean acorde a los mencionados en el estudio previo e invitación pública., los cuales son:

1. Acatar la sugerencia de la Supervisión encaminadas a mejorar el proceso.
2. Garantizar la afiliación ante el sistema de seguridad social integrada en los términos establecidos en la Ley 100 de 1993 (EPS, Fondo de Pensiones y ARL) y presentar constancia de pago durante la ejecución del contrato.
3. Disponer de equipos de fotocopiado a una distancia no mayor de 200 metros lineales de las instalaciones de la Secretaria de Salud del Meta, a fin de atender oportunamente las solicitudes y necesidades de la entidad.
4. Los servicios deben ser prestados con excelente calidad y cumplir con las unidades autorizadas.
5. Aceptar los procedimientos administrativos para la ejecución del contrato.
6. Informar oportunamente al supervisor del contrato, de cualquier situación que pueda afectar la correcta ejecución del mismo.
7. Presentar el informe mensual, copia del pago legible del aporte mensual al sistema de seguridad social (salud, pensión, riesgos profesionales y parafiscales) en los términos establecidos por la Ley.

8. Las actividades no se pueden realizar con personas o material que pueda interpretarse como mensajes de inclinación política, social, racial, religiosa o cualquier otros que pueda ofender o causar agravio a un grupo de personas
9. Presentar informe de ejecución privo a los pagos y demás soporte documental y cada vez que sea requerido por el supervisor.
10. Cobrar bienes y/o servicios suministrados y certificados por el Supervisor, con cargo al contrato, para lo cual deberá radicar cuenta, con todos los soportes documentales requeridos en los formatos del Sistema Integrado de Gestión de la Gobernación del Meta, que se encuentran publicados en la página Web de la Entidad.
11. Pagar y asumir impuestos a que haya lugar, así como las demás obligaciones legales y tributarias que le competan de acuerdo con el marco normativo.
12. Las demás que por naturaleza del contrato se requieran en el transcurso de la misma

OBLIGACIONES ESPECIFICAS El Contratista debe cumplir con las siguientes:

1) Prestar el servicio de fotocopiado, anillado, estampado, de la siguiente manera, conforme a las especificaciones técnicas requeridas por la Secretaria de Salud del Meta, de conformidad con la propuesta presentada, y en las condiciones de tiempo, modo y lugar, mínimos señalados en los Estudios Previos:

ITEM	SERVICIO	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	UNID MEDIDA	CANT
1	SERVICIO DE FOTOCOPIADO, PREVIA AUTORIZACION DE LA SECRETARIA DE SALUD DEL META	Fotocopias tamaño carta, copia foto estática en negro.	UNID	1
		Fotocopias tamaño oficio, copia foto estática en negro.	UNID	1
		Fotocopias tamaño carta, copia foto estática a color.	UNID	1
		Fotocopias tamaño oficio, copia foto estática a color.	UNID	1
		Fotocopias tamaño en reducción o ampliación al 150%, previa autorización de la secretaria de salud	UNID	1
2	SERVICIO DE ANILLADO O ARGOLLADO, PREVIA AUTORIZACION DE LA SECRETARIA DE SALUD	Anillado o argollado, en plástico con sistema velobinder con pasta policover de 1 a 100 hojas.	UNID	1
		Anillado o argollado, en plástico con sistema velobinder con pasta policover de 100 a 300 ho•as.	UNID	1
3	SERVICIO DE ESTAMPADO, PREVIA AUTORIZACION DE LA SECRETARIA DE SALUD	Estampado de hasta 1 a 100 hojas.	UNID	1
		Estampado de hasta 100 a 300 hojas,	UNID	1

2) El contratista deberá de disponer de equipos de fotocopiado a una distancia no mayor a 200 metros lineales de las instalaciones de la Secretaría de Salud del Meta, a fin de atender oportunamente las solicitudes y necesidades de la entidad.

3) Prestar los servicios en su totalidad y con los requerimientos técnicos mínimos exigidos en el pliego de condiciones, con las condiciones de tiempo, modo y lugar precisados en el estudio, en el pliego de condiciones, ofertados en la propuesta y en el contrato.

4) Los servicios deben ser prestados con excelente calidad, y cumplir con las unidades autorizadas.

5) Aceptar los procedimientos administrativos que determine el departamento a través de la Secretaría de Salud del Meta para la ejecución del contrato.

6) Informar oportunamente al supervisor del contrato, de cualquier situación que pueda afectar la correcta ejecución del mismo.

7) El contratista deberá tener afiliado a todo el personal que destinará para la ejecución del objeto a contratar, al sistema general de seguridad social integral e igualmente estar al día en el pago de los anteriores aportes y en el pago de sus obligaciones, parafiscales durante la vigencia del contrato de acuerdo a las disposiciones del régimen laboral colombiano, en el artículo 50 de la ley 789 de 2002 y demás normas concordantes.

8) Presentar informe de ejecución mensual, copia del pago legible del comprobante del aporte mensual al sistema de seguridad social (salud, pensión, riesgos profesionales y parafiscales) en los términos establecidos en la ley

CLÁUSULA FORMA DE PAGO: (Transcribir la cláusula del contrato)

El Departamento del Meta desembolsara los dineros presupuestados para la presente contratación de la siguiente manera: el departamento del meta pagara al contratista, el valor total del contrato mediante pagos parciales presentados durante el termino de ejecución del contrato. **parágrafo:** para el pago correspondiente el contratista deberá adjuntar: **a)** informe debidamente avalado por el supervisor, **b)** certificación expedida por el supervisor avalando el cumplimiento del objeto del contrato, **c)** factura, **d)** pago al sistema en seguridad social en salud y pensión, riesgos profesionales y parafiscales si a ello hubiere lugar; y los demás requisitos y tramites enunciados en formato de "reconocimiento y pago" publicado en la página web de la Gobernación del Meta.

CONTENIDO DE LAS MODIFICACIONES Y/O ADICIONES: (Transcribir la cláusula del contrato)
CLAUSULA SEGUNDA. VALOR ADICION: N/A
CLAUSULA TERCERA. TERMINO DE PRORROGA: N/A

VALOR A PAGAR: UN MILLON TRESCIENTOS CUARENTA Y OCHO MIL QUINIENTOS PESOS ($1.348.500.oo) MCTE, con cargue al Registro Presupuestal No. 2421 y al Rubro Presupuestal 0303-2.1.2.02.02.008-20.

TIPO DE PAGO:	ANTICIPO		PARCIAL	x	No.	5	LIQUIDACIÓN	
PERIODO DE PAGO: (Para pagos por mensualidades):	Actividad realizada en el Municipio de Villavicencio durante el 01 de JULIO de 2022 al 31 de JULIO de 2022							

AMORTIZACIÓN DEL ANTICIPO: Valor en números y letras con centavos
Valor de porcentaje si aplica u observaciones necesarias al anticipo

BALANCE FINANCIERO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO A LA FECHA

CONCEPTO	VALOR	PERIODO DEL PAGO	PORCENTAJE EJECUCIÓN FINANCIERA

ANTICIPO			
PRIMER PAGO.	$2.227. 000.oo	01 de marzo de 2022 al 31 de marzo de 2022	9.7%
SEGUNDO PAGO	$3.955. 400.oo	01 de abril de 2022 al 30 de abril de 2022	17.20%
TERCER PAGO	$2.329. 200.oo	Del 01 de mayo de 2022 al 30 de mayo de 2022	10.13%
CUARTO PAGO	$2.048. 100.oo	Del 01 de junio de 2022 al 30 de junio de 2022	8.90%
QUINTO PAGO PRESENTE INFORME	$1.348. 500.oo	Del 01 de Julio de 2022 al 31 de julio de 2022	5.86
SALDO DEL CONTRATO PENDIENTE POR EJECUTAR	$11.091. 800.oo	01 de Agosto de 2022 al 31 de octubre de 2022	48.21%
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	$23.000. 000.oo	01 de marzo de 2022 al 31 de octubre de 2022	100%

SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES		
PERSONA NATURAL:	Pago de la seguridad social del periodo de Julio de 2022	8360215674
PERSONA JURÍDICA:	Paz y Salvo en Seguridad Social y Aportes Parafiscales; expedida por el contador público y/o revisor fiscal durante el termino de ejecución del contrato como soportes presentados por el contratista.	

Se expide como requisito esencial para que se efectúe el pago correspondiente.
Dado en Villavicencio, a los Trece días (10) días del mes de Agosto de 2022

Cordialmente,

CIELO PATRICIA SANCHEZ RODRIGUEZ
Supervisora

Nota: Verificar la vigencia del documento en el listado maestro de documentos.

Proyectó Nelly Robayo

Nelsy Bernal Duarte

ADMINISTRADORA DE EMPRESAS

Nit: 31:036.935-1 Régimen Simplificado

FACTURA DE VENTA

FECHA 10 08 2022

Nº 059

Carrera 37 No. 41-89 Br. Barzal Alto Villavicencio | **310 576 2065**

CLIENTE Departamento del Meta **NIT. ó C.C.** 892000148-8

DIRECCIÓN clb 37 Nº 41-89 barzal. **CEL.** 6657859

CANT.	DESCRIPCIÓN	VR. UNIT.	VR. TOTAL
1	Servicio de fotocopiado, anillado y empastado de la Secretaria de Salud del Meta.		1.348500
	Pdo de pago 01 – 31 Julio de 2022.		
	SON: Un millon trescientos cuarenta y ocho mil quinientos pesos		

Esta factura de Venta se asimila en todos sus efectos a una Letra de Cambio, Art. 774 del C.C.

TOTAL $ 1.348500.

FIRMA NELSY BERNAL DUARTE

FIRMA CLIENTE

NOTA:

IMPRESO POR ALROGRAF AGENCIA DE PUBLICIDAD NIT. 52.316.853-2 Cel.: 321 211 1311

Villavicencio, Julio 27 de 2022

Doctora
CIELO PATRICIA SANCHEZ RODRIGUEZ
C.C. 40.392.762
Gerente Administrativa de Salud
Secretaría de Salud del Meta

ASUNTO: REASIGNACIÓN DE SUPERVISION – CONTRATO **No. 1643 – 2022**

De manera atenta, mediante la presente, me permito comunicarle que, en uso de las facultades legales y conferidas por la ley 80/93, el decreto 1082 de 2015 Decreto 0233 del 29 de julio de 2014 y decreto 332 del 01 de marzo de 2021, este despacho ha RESUELTO, reasignar la SUPERVISION del contrato **No. 1643 – 2022**, celebrado entre la **SECRETARIA DE SALUD DEL META y DUARTE NELSY BERNAL** , identificado(a) con cedula de ciudadanía No 31036935, cuyo objeto es: **"SERVICIO DE FOTOCOPIADO, ANILLADO, Y EMPASTADO DE LA SECRETARIA DE SALUD DEL META."**, de tal manera que se conmina y/o solicita para que realice la respectiva SUPERVISIÓN.

En ejecución de la labor encomendada, es importante recordar que las actuaciones de los **SUPERVISORES** esencialmente se circunscriben al seguimiento administrativo, técnico, financiero, contable, y jurídico, a la ejecución del contrato, y se deben desarrollar siguiendo los lineamientos contenidos en el manual de Interventoría de la Gobernación del Meta - Decreto No.0332 del 18 de agosto de 2016 y las demás establecidas, en especial las consagradas en la Ley 1474 de 2011 artículos 82, 83, 84.

Dentro de sus funciones como SUPERVISOR(A), deberá: **a)** Certificar la ejecución del contrato dentro de las condiciones exigidas **b)** Levantar y firmar las actas respectivas. c) Informar a la Secretaría de Salud sobre el desarrollo del contrato, así como las inconsistencias y/o sugerencias. **d)** Velar porque se mantengan vigentes todas las pólizas que amparen el cumplimiento, si es aplicable al caso.

Para mayor claridad, se le **recuerda** que deben anexar a la carpeta del contrato los soportes de cada pago, antes de radicar la cuenta en Tesorería, como son:

- Informe de ejecución del **SUPERVISOR**
- Informe de Ejecución del Contratista
- Copias de los recibos de pago de seguridad social
- Copia de la cuenta de cobro

  Para el caso de la liquidación además deberá anexar:
- Acta de terminación

Y los demás documentos que se generen durante la ejecución contractual, así como mantener actualizado la publicación en el **SECOP.**

Por último, es menester recordarle que el supervisor o interventor responderá disciplinaria, civil y penalmente, por sus acciones y omisiones en la actuación contractual en los términos de la constitución y la ley. (Artículo 51 y 53 de la ley 80 de 1993, y la ley 1474 de 2011, art. 84 y el decreto 1082 de 2015).

Por todo lo anterior, sírvase avocar conocimiento y trámites pertinentes, a partir del presente acto administrativo.

Cordialmente,

JHONATAN DAVID NEIRA
Secretario de Salud del Meta
NIT. 892.000.148 – 8 GOBERNACION

Proyectó: Jose Nicolas Ardila Higuera
Profesional Universitario Grado 4 Codigo 219

Señor(es): NELSY BERNAL DUARTE
Nit: CC 31036935
Dirección: CALLE 37 N.41-89
Teléfono: 6720208 **Fax:** 6720208
Ciudad: VILLAVICENCIO

Respetado(s) señor(es)

Con atento saludo, informamos que Compensar Operador de Información procesó el siguiente pago realizado por medio de:

compensar | miplanilla.com

Nombre	NELSY BERNAL DUARTE
Tipo y número de identificación	31036935
Número de radicación planilla	8360215674
Fecha de pago	7/19/2022
Número de autorización de pago	1000000069
Banco	1001
Valor Comisión	$0

Número de empleados	1
Periodo cotización salud	Julio 2022
Periodo cotización pensión	Julio 2022
Periodo cotización caja	Julio 2022
Número de administradoras	3
Total Pagado	$290.300
Total interés mora	$0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	$5.300	1
231001	Colfondos	$160.000	1
EPS005	Sanitas EPS	$125.000	1

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

CONCEPTO	SI	NO	DETALLE
1. ¿Ostenta la calidad de pensionado o tiene requisitos cumplidos para pensión o por disposiciones no está obligado a cotizar a pensiones?		X	Si su respuesta es sí, adjunte certificación.
2. ¿Cotiza por otros ingresos provenientes de vinculación laboral y/o reglamentaría, mesadas pensionales, independiente por cuenta propia u otros contratos?		X	Si su respuesta es sí, registre el valor del IBC de cada uno de ellos $ _____ $ _____
3. ¿La totalidad de los ingresos mensuales son iguales o superiores a cuatro (4) salarios mínimos mensuales legales vigentes producto de otros ingresos provenientes de vinculación laboral y/o reglamentaria, independiente por propia u otros contratos?		X	
4. ¿Cotiza por el límite máximo de cotización de veinticinco (25) salarios mínimos mensuales legales vigentes?		X	
5. ¿Efectúa aportes por un Ingreso Base de Cotización (IBC) superior 40% del valor mensualizado del contrato?		X	
6. ¿Pertenece a un Régimen Especial o de Excepción en salud?		X	
7. ¿Cotiza a salud de manera directa a la Entidad Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) de conformidad con lo establecido por el artículo 2.1.13?5 del presente decreto?		X	
8. ¿Efectúa de forma voluntariamente aportes a una Caja de Compensación Familiar?		X	
9. ¿Realiza aportes voluntarios a pensión?		X	

Melsy Bernal Duarte
C.C. 31036.935
Contrato de prestación de servicios 1643