	RECONOCIMIENTO Y PAGO (PAGO PARCIAL O FINAL)	CÓDIGO:	F-BS-15
		VERSIÓN:	05

Fecha de elaboración del reconocimiento:	20/04/2023	Periodo de Pago:	Del	01/03/2023	Al	31/03/2023	
Contrato No. y Fecha:	1207 DEL 24 DE FEBRERO 2023						
Contratista:	NELSY BERNAL DUARTE				c.c. o Nit.	31.036.935	
Representante Legal:	N/A				c.c.		
Tipo de Pago:	Parcial	X	Final		Número de Pago:	1	

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 del contrato inicial o de la adición o cesión del contrato)	X	N/A	X	N/A
2	COPIA DEL CERTIFICADO DE BANCO DE PROGRAMAS Y PROYECTOS (Todos los pagos con proyectos de inversión y en la adición)	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)	X	N/A	X	N/A
7	COPIA CONTRATO O EL DOCUMENTO QUE HAGA SUS VECES (Primer Pago o cesión del contrato)	X	N/A	X	N/A
8	COPIA MODIFICACIONES DEL CONTRATO (Pago posterior a la modificación) (Para Adición último pago del contrato inicial y primer pago de la adición)	N/A	N/A	N/A	N/A
9	COPIA RUT. o NIT. COMPLETO (Primer pago o cesión del contrato) En Uniones Temporales o Consorcio presentar RUT completo de los participantes	X	N/A	X	N/A
10	COPIA ACTO ADMINISTRATIVO DE DESIGNACIÓN DEL SUPERVISOR (Primer Pago o si hay cambio de supervisor) (Nota 11)	X	N/A	X	N/A
11	CERTIFICACIÓN BANCARIA (Primer pago o si realiza cambio de cuenta)	X	N/A	X	N/A
12	PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL • Planilla integrada en la que conste el pago de aporte y el IBC. (Persona Natural). • Esquema de presunción de costos, de acuerdo a lo establecido por el ministerio de salud y protección social y la UGPP. (Trabajadores independientes por cuenta propia o con contrato diferente a prestación de servicios) • Certificado expedido por el representante legal y/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, anexando tarjeta profesional, cédula de ciudadanía y antecedentes de la profesión vigentes del revisor fiscal (Persona Jurídica)	X	X	X	X
13	COPIA CERTIFICADO DE AFILIACIÓN ARL (Primer pago del contrato inicial, cesión, o prorroga) (Persona Natural)	N/A	N/A	N/A	N/A
14	INFORME DEL CONTRATISTA	N/A	X	X	X
15	INFORME DEL SUPERVISOR (F-BS-23)	N/A	X	X	X
16	ACTA DE FINALIZACIÓN (F-BS-17)	N/A	N/A	N/A	N/A
17	ACTA DE LIQUIDACIÓN (F-BS-34) (Nota 1 y 2)	N/A	N/A	N/A	N/A

Valor a Pagar (Letras y Números):	**Dos millones seiscientos veintisiete mil ochocientos pesos Mcte. ($2.627.800.00)**

Cordialmente,

Nombre:	CIELO PATRICIA SANCHEZ RODRIGUEZ	Nombre:	JHONATAN DAVID NEIRA
Cargo:	Gerente Administrativa de Salud Supervisor	Cargo:	Secretario de Salud del Meta Ordenador del Gasto

20/04/23

03933 24 APR'23

GOBERNACION DEL META

NIT. 892000148-8

REGISTRO PRESUPUESTAL DE COMPROMISOS

Registro No. **2448**

Vigencia: 2.023

Fecha de Compromiso: 1 de marzo de 2023

Beneficiario BERNAL DUARTE NELSY **Nit:** 31036935 -

No. C.D.P. : 428 **Fecha de Expedición del C.D.P.:** 19 de enero de 2023 **Con Formalidades Plenas**

Tipo de Compromiso Servicio

Comunicación de aceptación de la ofera: 1207 **Fecha:**24/02/2023 **Vence:** 31/12/2023

Objeto: SERVICIO DE FOTOCOPIADO, ANILLADO Y EMPASTADO DE LA SECRETARIA DE SALUD DEL META

Cto.Utilidad : FONDO LOCAL DE SALUD

Identificación Presupuestal	Concepto	Valor
Gastos-Funcionamiento		
3030101-2.1.2.02.02.008-70	**Adquisiciones diferentes de activos** Servicios prestados a las empresas y servicios de producción **Recurso Propio-Destinación Especifica** Impuesto por Juegos y Apuestas Permanentes Salud **Clasificadores** --85951 23.000.000,00	23.000.000,00
	Total Compromisos	$23.000.000,00

Programación de Pagos

Mes	Valor
Abril	$2.500.000,00
Mayo	2.500.000,00
Junio	2.500.000,00
Julio	2.500.000,00
Agosto	2.500.000,00
Septiembre	2.500.000,00
Octubre	2.500.000,00
Noviembre	2.500.000,00
Diciembre	3.000.000,00
Valor Total Prog.	$23.000.000,00

JAIDY ELAIKA NIETO
Gerente de Presupuesto

Elaboró: MELBA

	CERTIFICADO DEL SUPERVISOR AUTORIZANDO PAGO	CÓDIGO:	F-BS-16
		VERSIÓN:	04

Contrato No. y Fecha:	**1207 DEL 24 /02/2023**		
Contratista: (Persona natural o jurídica que figura en el contrato.)	**NELSY BERNAL DUARTE**	**Nit./c.c.**	31.036.935
Representante Legal: (Soló para persona jurídica)	**N/A**		
Supervisor:	**CIELO PATRICIA SANCHEZ RODRIGUEZ**	**c.c.**	40.392.762
Objeto: (Transcribir del contrato)			
" Servicio de fotocopiado, anillado y empastado de la Secretaria de Salud del Meta ".			
Valor inicial del contrato: (Letras y Números)	**Ventitres millones de pesos Mcte. ($ 23.000.000.00)**		
Término Inicial de Ejecución:	**Nueve (9) Meses veintitrés (23) días**		
Fecha de Inicio según Acta de Inicio:	**01/03/2023**	**Fecha Finalización según Acta de Inicio:**	**23/12/2023**

Modificaciones (Adiciones, Prórrogas, Suspensiones, Cesiones, Reinicios)			
Tipo de Modificación	Fecha de expedición del documento	Valor (Aplica solo para adiciones)	Tiempo (aplica solo para prórrogas)
N/A	N/A	N/A	N/A
Término Total de Ejecución: (Inicial + prórroga)	N/A	Fecha Finalización: (Inicial + prórroga)	N/A
Valor total del contrato, incluyendo adiciones: (Letras y Números)	N/A		

Forma de Pago:

El Departamento del Meta desembolsara los dineros para la futura contratación de la siguiente manera: EN PAGOS MENSUALES y el ultimo por fracción de tiempo, cada pago sujeto a la cantidad de servicios realizados cada mes; para lo cual el contratista debe presentar informe y certificación del supervisor autorizando el pago, previa entrega de los documentos del contratista, así: **a)** Factura y/o cuenta de cobro. **b)** Certificado de encontrarse a paz y salvo al sistema General de Seguridad Social Integral y parafiscales, expedido por el revisor fiscal o representante legal en su defecto. **c)** además de los documentos exigidos en la dirección financiera de la Gobernación y demás requisitos enunciados en el formato de Reconocimiento y pago, publicado en la página web de la Gobernación del Meta.
PARAGRAFO: Para el pago correspondiente el contratista deberá cargar en la plataforma de contratación SECOP II, la facturación correspondiente al proceso suscrito, lo cual será objeto de verificación por parte del supervisor.

Contrato Inicial, Registro Presupuestal:					
Número y Fecha:	2448 del 01/03/2023	**Inversión**		**Funcionamiento**	X
Rubro presupuestal:	03030101-2.1.2.02.02.008-70				
Valor: (Letras y Números)	**Veintitrés millones de pesos M/Cte. ($23.000.000.00)**				

Adición, Registro Presupuestal:					
Número y Fecha:	N/A	**Inversión**	N/A	**Funcionamiento**	N/A
Rubro presupuestal:	N/A				
Valor: (Letras y Números)	N/A				

Obligaciones Generales del Contratista:

OBLIGACIONES GENERALES:

1. Acatar las sugerencias de la supervisión encaminadas a mejorar el proceso.
2. Las demás contenidas en la propuesta y que hacen parte integral del presente contrato.
3. Garantizar la afiliación ante el sistema de seguridad social integral 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.
4. Dar cumplimiento a la Ley 594 del 2000 (Ley General de archivo).
5. Prestar los servicios con el personal y elementos propuestos, cualquier cambio será previamente autorizado por el Supervisor siempre que no sea de perfil inferior al ofertado.
6. Las actividades no se pueden realizar con personas o material que pueda interpretarse como mensajes de inclinación política, social, racial, religiosa o cualquier otro que pueda ofender o causar agravio a un grupo de personas.
7. Actuar de buena fe y diligentemente para con el supervisor del departamento y de la Gobernación del Meta; teniendo en cuenta que el Contratista se considera un colaborador del Estado en el cumplimiento de los fines sociales que busca la contratación, acorde con el estatuto contractual. Por lo cual, además deberá avisar oportunamente de aquellos aspectos que puedan generar obstáculo para el desarrollo de la prestación del servicio.
8. Presentar Informe de Ejecución previo a los pagos y demás soporte documental y cada vez que sea requerido por el Supervisor.
9. Suscribir Actas de Inicio, Finalización y Liquidación del contrato.
10. Cobrar los 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 los 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 Específicas del Contratista:

. 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.

2) El contratista deberá 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 Secretaria 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 destinara 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.
modificaciones y/o Adiciones:
N/A

Periodo de Pago:	Del	01/03/2023		Al	31/03/2023			
Tipo de Pago:	Anticipo		Parcial	X	Final		No. de Pago	1

No. de Comprobante de Entrada a Almacén: (Contrato de Suministro)	**N/A**

Valor Total Autorizado a Pagar	
Valor Total Autorizado a Pagar (Letras Máximo 2 Decimales)	**Dos millones seiscientos veintisiete mil ochocientos pesos Mcte. ($ 2.627.800.00)**

Por cada Registro Presupuestal (R.P.) y Clasificador Presupuestal que avale el contrato, se debe especificar el Valor a Afectar. Inserte filas si requiere.

No. R.P.	Rubro Presupuestal	Clasificador Presupuestal	Valor a Afectar
2448	03030101-2.1.2.02.02.008-70	85951	$ **2.627.800.00**
Valor Total Autorizado a Pagar			**$ 2.627.800.00**

Lugar de Ejecución:			
El lugar de ejecución del presente contrato será en el municipio de Villavicencio			
Municipio	**Número de Días**	**Valor Día Contrato**	**Total**
Villavicencio	30	$87.593.33	$ 2.627.800.00.
Valor Total Autorizado a Pagar (números máximo 2 decimales)			$ 2.627.800.00.
Nota: Incluir filas si se requiere.			

Anticipo (Letras y Números máximo 2 Decimales)			N/A
Amortización del Anticipo:			
Valor (Letras y Números máximo 2 Decimales)			N/A
Porcentaje:	N/A	Observaciones:	N/A

Balance Financiero de Ejecución del Contrato Inicial				
Concepto	**Valor** (Números máximo 2 Decimales)	**Periodo de Pago** DD/MM/AAAA		**% Ejecución Financiera**
		Del	**Al**	
Pago Autorizado en el Presente Informe (Primer Pago)	$ **2.627.800.00**	01/03/2023	31/03/2023	11.42%
Saldo del Contrato Pendiente por Ejecutar	$ 20.372.200.00	01/04/2023	23/12/2023	88.58%
Valor Total del Contrato Inicial	$ 23.000.000,00	01/03/2023	23/12/2023	100%

	CERTIFICADO DEL SUPERVISOR AUTORIZANDO PAGO	CÓDIGO:	F-BS-16
		VERSIÓN:	04

Valor Total del Contrato Inicial	$23.000.000.00

Artículo 3.2.7.5 del Decreto 780 de 2016 modificado por el Decreto 1273 de 2018, en relación con el pago y retención de aportes al Sistema de Seguridad Integral y Parafiscales.
Nota: Esta información debe estar en el informe del contratista
El contratista:

Concepto	Si	No	Detalle
1. ¿Ostenta la calidad de pensionado o tiene requisitos cumplidos para la pensión o por disposiciones legales 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 reglamentaria, 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 los ingresos provenientes de vinculación laboral y/o reglamentaria, independiente por cuenta propia u otros contratos?		X	
4. ¿El valor total de sus IBC es superior a 4 salarios mininos mensuales legales vigentes?		X	Si su respuesta es Si, adjuntar el pago del fondo de solidaridad pensional FSP
5. ¿Cotiza por el límite máximo de cotización de veinticinco (25) salarios mínimos mensuales legales?		X	
6. ¿Efectúa aportes por un Ingreso Base de Cotización (IBC) superior al 40% del valor mensualizado del contrato?		X	
7. ¿Pertenece a un Régimen Especial o de Excepción en salud?		X	
8. ¿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 Articulo 2.1.13.5?		X	
9. ¿Efectúa de forma voluntaria aportes a una Caja de Compensación Familiar?		X	
10. ¿Realiza aportes voluntarios a pensión?		X	

Pago de Seguridad Social (Persona Natural)	**Datos**
Periodo Cotizado	03/2023
Número de Planilla	8366265778
IBC (Ingreso Base de Cotización)	1.160.000.00
Valor pagado a SALUD	145.000.00
Valor pagado a PENSIÓN	185.600.00
Valor pagado a ARL	6.100.00
Valor pagado a FSP	$0.
Nota: Si realizó pago para más de un Periodo o finalizando contrato Inserte nueva columna **Nota:** Si es persona jurídica se diligencia todo con N/A	

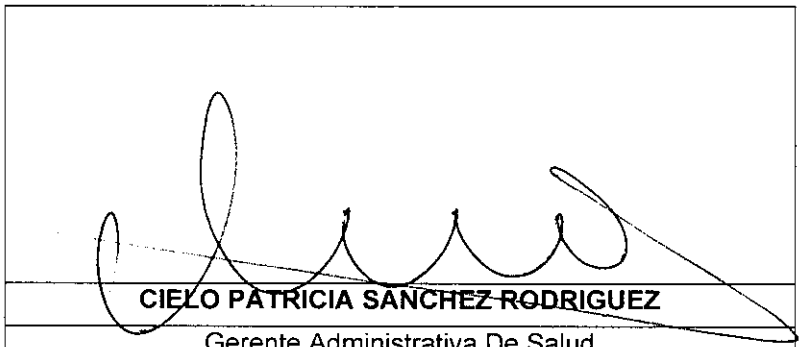
	CERTIFICADO DEL SUPERVISOR AUTORIZANDO PAGO	CÓDIGO:	F-BS-16
		VERSIÓN:	04

Pago de Seguridad Social: (Persona Jurídica)	**Si** **N/A**
Certificado expedido por el Representante legal	N/A
Certificado expedido por el Revisor fiscal	N/A

Se expide como requisito esencial para que se efectúe el pago correspondiente.

Dado en Villavicencio, a los dieciocho (18) días del mes de abril de 2023 .

Cordialmente,



CIELO PATRICIA SANCHEZ RODRIGUEZ

Gerente Administrativa De Salud

Supervisor

Nelsy Bernal Duarte

ADMINISTRADORA DE EMPRESAS

Nit: 31.036.935-1 Régimen Simplificado

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

FACTURA DE VENTA

FECHA 14 04 2023

Nº 070

CLIENTE Departamento del meta

DIRECCIÓN Clle 37 Nr 41-89 Mpal

NIT. ó C.C. 892000148 8

CEL.

CANT.	DESCRIPCIÓN	VR. UNIT.	VR. TOTAL
1	Servicio de fotocopiado, anillado y empastado de la Secretaria de Salud del meta		2.627.800
	periodo de pago: 1º al 31 marzo 2023		
	Son: Dos millones Seiscientos Ventisiete mil ochocientos pesos		

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

TOTAL $ 2.627.800

FIRMA NELSY BERNAL DUARTE

FIRMA CLIENTE

NOTA:

IMPRESO POR ALROGRAF AGENCIA DE PUBLICIDAD NIT. 52.316.553-2 Cel.: 321 211 1311

98

ACTA DE INÍCIO DEL CONTRATO DE MINIMA CUANTIA No. 1207 DEL AÑO 2023 CELEBRADO ENTRE EL DEPARTAMENTO DEL META Y NELSY BERNAL DUARTE

Contrato de prestación de servicios No:	1207 del 24 de febrero de 2023		
Registro Presupuestal:	2448 del 1 de marzo de 2023		
Contratista:	**NELSY BERNAL DUARTE**	Nit. /c.c.	31.036.935 de Cubarral
Representante Legal:		c.c.	
Supervisor:	**CIELO PATRICIA SÁNCHEZ RODRÍGUEZ**	c.c.	40.392.762 de Villavicencio.
Objeto: **SERVICIO DE FOTOCOPIADO, ANILLADO Y EMPASTADO DE LA SECRETARIA DE SALUD DEL META."**			
Valor total del contrato o convenio: (Letras y Números)	**Veintitrés millones de pesos $23.000.000.oo. M/CTE.**		
Término de ejecución:	NUEVE (09) MESES VEINTITRES (23) DIAS		
Fecha Inicio:	01 de marzo de 2023	Fecha Finalización:	23 de Diciembre de 2023.

En la ciudad de Villavicencio, **CIELO PATRICIA SÁNCHEZ RODRÍGUEZ,** Supervisor(a) delegado(a) identificado(a) con cédula de ciudadanía número 40.392.762 de Villavicencio, y **NELSY BERNAL DUARTE** identificado(a) con cédula de ciudadanía o Nit. número 31.036.935 de Cubarral, suscriben la presente Acta de Inicio, previa verificación de todos los documentos y requisitos legales.

En constancia firman: en Villavicencio a los 01 días de marzo de 2023

NELSY BERNAL DUARTE	**CIELO PATRICIA SÁNCHEZ RODRÍGUEZ**
Contratista	Supervisor

Firma:	
Nombre:	**CIELO PATRICIA SÁNCHEZ RODRÍGUEZ**
Cargo:	Supervisor
Proyectó Amparo Andrade	

1). Formato Fecha dd/mm/aaaa.
2). El resaltado es para modificar o eliminar.
3). No elimine filas, los datos que no aplican debe identificarlos como N/A.
4). Verificar la vigencia del documento en el listado maestro de documentos.

COMUNICADO DE ACEPTACIÓN DE LA OFERTA No. 1207 DEL AÑO 2023
(Decreto 1082 de 2015 Articulo 2.2.1.2.1.5.2)

Villavicencio, 24 de febrero de 2023.

Señor(es)
NELCY BERNAL DUARTE
NIT 31.036.935-1
R/L.
C.C. No. 79.717.651
Dirección: **CALLE 37 No. 41-89 BARZAL – VILLAVICENCIO**
Celular: 3124168750
Correo electrónico nelcybernalduarte@hotmail.com

Referencia: Aceptación oferta Mínima Cuantía No. **SSM-MC-001-2023**

El Departamento del Meta, en desarrollo del proceso de contratación por la modalidad de Selección de Mínima Cuantía **SSM-MC-001-2023** procede con el presente documento a aceptar la oferta presentada por usted el día 17 de febrero de 2.023.

De conformidad con lo establecido en el numeral d) del Artículo 94 de la ley 1474 de 2011, y Articulo 2.2.1.2.1.5.2. del Decreto 1082 de 2015, esta comunicación junto con la oferta, constituyen para todos los efectos el contrato celebrado.

A continuación, ponemos en su conocimiento las condiciones de la aceptación de la oferta, a las que se supedita la ejecución del objeto del contrato, sin perjuicio de lo señalado en los estudios y documentos previos, en la invitación y en la oferta, documentos que hacen parte integral del contrato.

El (La) suscrito(a) **JHONATAN DAVID NEIRA,** mayor de edad, con domicilio en la ciudad de Villavicencio, identificado con la cédula de ciudadanía número 1.121.823.021 de Villavicencio; en calidad de Secretario Salud del Meta, nombrado mediante Decreto 135 del 22 de abril de 2022 y posesionado mediante acta No. 128 del 22 de abril de 2022, facultado para contratar en nombre y representación del Departamento del Meta mediante Decreto No. 275 del 22 de mayo de 2020, proferido por el Gobernador del Departamento del Meta quien en adelante se denominará **EL DEPARTAMENTO**, teniendo en cuenta la evaluación jurídica, técnica y económica realizada por el comité asesor y evaluador designado, encuentra que la oferta cumple con los requisitos habilitantes, es acorde al Estatuto Contractual Ley 80 de 1993 y conviene para el cumplimiento del objeto: **"SERVICIO DE FOTOCOPIADO, ANILLADO, Y EMPASTADO DE LA SECRETARIA DE SALUD DEL META".**

COMUNICADO DE ACEPTACIÓN DE LA OFERTA No. 1207 DEL AÑO 2023
(Decreto 1082 de 2015 Articulo 2.2.1.2.1.5.2)
Aceptar la oferta que se relaciona a continuación:

Contratista:	**NELCY BERNAL DUARTE**	NIT. No.	**31.036.935-1**
Representante Legal		C.C. No.	
Objeto del contrato:			
"SERVICIO DE FOTOCOPIADO, ANILLADO, Y EMPASTADO DE LA SECRETARIA DE SALUD DEL META".			
Valor total del contrato: (Letras y Números)	**VEINTITRES MILLLONES DE PESOS ($23.000.000)**		
Término de ejecución:	**NUEVE (09) MESES Y VEINTITRES (23) DIAS**		

No. CDP	FECHA EXPEDICIÓN	CPC	Trazador	RUBRO PRESUPUESTAL	VALOR CDP	VALOR A EJECUTAR
428	19/01/2023	85951	NA	03030101 – 2.1.2.02.02.008-70	$23.000.000	$23.000.000

FORMA DE PAGO El Departamento del Meta desembolsara los dineros para la futura contratación de la siguiente manera: EN PAGOS MENSUALES y el ultimo por fracción de tiempo, cada pago sujeto a la cantidad de servicios realizados en cada mes; para lo cual el Contratista debe presentar, informe y certificación del supervisor autorizando el pago, previa entrega de los documentos del contratista, así; **a)** Factura y/o Cuenta de Cobro. **b)** Certificado de encontrarse a paz y salvo al Sistema General de Seguridad Social Integral y parafiscales, expedido por el revisor fiscal o representante legal en su defecto **c)**, además de los documentos exigidos en la dirección financiera de la Gobernación, y demás requisitos enunciados en formato de "Reconocimiento y Pago" publicado en la página web de la Gobernación del Meta.

PARÁGRAFO: Para el pago correspondiente el Contratista deberá cargar en la plataforma de contratación SECOP II, la facturación correspondiente al proceso suscrito, lo cual será objeto de verificación por parte del supervisor.

TÉRMINO Y LUGAR DE EJECUCIÓN. El contrato tendrá un término de ejecución **NUEVE (09) MESES Y VEINTITRES (23) DIAS,** contados a partir de la firma del Acta de Inicio, la cual debe ser firmada máximo dentro de los cinco (05) días siguientes a la fecha de nombramiento del supervisor, previo el cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y legalización; **EL LUGAR** de ejecución del presente contrato será en **el municipio de Villavicencio**.

COMUNICADO DE ACEPTACIÓN DE LA OFERTA No. 1207 DEL AÑO 2023
(Decreto 1082 de 2015 Articulo 2.2.1.2.1.5.2)

OBLIGACIONES. En desarrollo y cumplimiento del objeto del contrato, el Contratista se obliga de acuerdo a su propuesta y que sean acorde a los mencionados en el estudio previo e invitación pública.

SUPERVISIÓN. El Departamento del Meta ejercerá la supervisión del presente contrato, a través de la doctora **CIELO PATRICIA SÁNCHEZ RODRÍGUEZ,** el cual tendrá las siguientes obligaciones:

1. Rendir informes escritos los cuales deben contener el resumen del desarrollo del contrato.
2. Suscribir Actas de Inicio, Finalización y Liquidación del contrato.
3. Informar oportunamente a la Secretaría Jurídica cualquier anomalía o incumplimiento por parte del contratista.
4. Todas aquellas actividades que garanticen la normal ejecución y cumplimiento del contrato de acuerdo con el programa establecido y las demás contenidas en la ley.
5. Los supervisores responderán disciplinaria, civil y penalmente por sus acciones y omisiones en la actuación contractual en los términos de la constitución y la ley (artículo 51 de la Ley 80 de 1993 y artículo 84 del Estatuto Anticorrupción - Ley 1474 de 2011).
6. Dar cumplimiento a la Ley 594 del 2000 (Ley General de Archivo).
7. Dar cumplimiento al Decreto No. 075 de fecha 01 de Marzo de 2021 por medio de la cual se Actualiza el Manual de Contratación, Interventoría y Supervisión del Departamento del Meta.
8. Publicar en la plataforma del sistema electronico para la contratación pública Secop II, los documentos soporte, que se desarrollen durante la ejecución y finalización del objeto contractual, dentro de los tres días hábiles siguientes a la fecha del documento.

GARANTÍAS. EL CONTRATISTA no se constituirá garantía que avale el cumplimiento de las obligaciones surgidas del contrato,

La presente comunicación de aceptación de la oferta se publica en el SECOP, (Decreto 1082 de 2015 Artículo 2.2.1.1.1.7.1).

JHONATAN DAVID NEIRA
Secretario de Salud del Meta

Firma:		Firma:	
Nombre:	José Leandro Ortiz Sevilla	Nombre:	José Leandro Ortiz Sevilla
Cargo:	Asesor Jurídico – SSM	Cargo:	Asesor Jurídico – SSM
Proyectó		Revisó	

DEPARTAMENTO DEL META
GERENCIA DE PRESUPUESTO
RECIBI.
FECHA. 28 FEB. 2023
HORA. 10:10 am

R/Glori 3:45 pm 1 MAR. 2023

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14896920219

(415)7707212489984(8020) 000001489692021 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
3 1 0 3 6 9 3 5	1	Impuestos y Aduanas de Villavicencio	2 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	3 1 0 3 6 9 3 5	1 9 8 6 1 0 1 6

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Meta 5 0	Cubarral 2 2 3

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
BERNAL	DUARTE	NELSY	

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla
MISCELANEA Y PAPELERIA NETELL	

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Meta 5 0	Villavicencio 0 0 1

41. Dirección principal: CL 37 41 89 BRR BARZAL

42. Correo electrónico: nelsybernalduarte@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
5 0 0 0 0 0 1	3 1 0 5 7 6 2 0 6 5	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	Ocupación 51. Código
8 2 1 9	2 0 0 7 0 5 3 1	5 3 1 0	2 0 1 0 0 5 3 1	5 3 2 0	4 7 6 1	52. Número establecimientos: 1

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 5 4 9

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

54. Código

Exportadores

55. Forma | 56. Tipo | Servicio 1 . 2 3 | 57. Modo | 58. CPC

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] | 60. No. de Folios: 0 | 61. Fecha 2023 - 02 - 17 / 08 : 50: 19

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre BERNAL DUARTE NELSY
985. Cargo CONTRIBUYENTE

Documento generado electrónicamente

Fecha generación documento PDF: 17-02-2023 08:50:49AM

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

Página 2 de 3 **Hoja 2**

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14896920219

(415)7707212489984(8020) 000001489692021 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
3 1 0 3 6 9 3 5	1	Impuestos y Aduanas de Villavicencio 2 2	

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza		63. Formas asociativas		64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados	
65. Fondos		66. Cooperativas		67. Sociedades y organismos extranjeros	
68. Sin personería jurídica		69. Otras organizaciones no clasificadas		70. Beneficio	

Constitución, Registro y Última Reforma

Documento	1. Constitución	2. Reforma
71. Clase	0 9	
72. Número		
73. Fecha		
74. Número de notaría		
75. Entidad de registro	0 3	
76. Fecha de registro	2 0 1 0 0 5 3 1	
77. No. Matrícula mercantil	0 0 1 5 7 0 4 5	
78. Departamento	5 0	
79. Ciudad/Municipio	4 0	
Vigencia		
80. Desde		
81. Hasta		

Composición del Capital

82. Nacional ____ %

83. Nacional público ____ %

84. Nacional privado ____ %

85. Extranjero ____ %

86. Extranjero público ____ %

87. Extranjero privado ____ %

Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control

Estado y Beneficio

Item	89. Estado actual	90. Fecha cambio de estado	91. Número de Identificación Tributaria (NIT)	92. DV
1				
2				
3				
4				
5				

Vinculación económica

93. Vinculación económica	94. Nombre del grupo económico y/o empresarial	95. Número de Identificación Tributaria (NIT) de la Matriz o Controlante	96. DV.

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante

170. Número de identificación tributaria otorgado en el exterior	171. País	172. Número de identificación tributaria sociedad o natural del exterior con EP	

173. Nombre o razón social de la sociedad o natural del exterior con EP

COPIA CERTIFICADO SIN COSTO
DOCUMENTO

Fecha generación documento PDF: 17-02-2023 08:50:49AM

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14896920219

(415)7707212489984(8020) 000001489692021 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
3 1 0 3 6 9 3 5	1	Impuestos y Aduanas de Villavicencio	2 2	

Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	
Establecimiento de comerci 0 2	Fotocopiado, preparación de documentos y otras actividades especializadas 8 2 1 9	

162. Nombre del establecimiento: MISCELANEA Y PAPELERIA NETELL

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	
Meta 5 0	Villavicencio 0 0 1	

165. Dirección: CL 37 41 89 BRR BARZAL

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
0 0 7 5 8 9 6	2 0 0 0 0 4 1 3	
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**	
6 7 2 0 2 0 8		

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	

162. Nombre del establecimiento:

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	

165. Dirección:

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**	

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	

162. Nombre del establecimiento:

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	

165. Dirección:

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**	

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO DE CONSULTA

Villavicencio, 01/03/2023

Doctor(a)
CIELO PATRICIA SANCHEZ RODRIGUEZ
C.C. 40392762
Secretaría de Salud del Meta

ASUNTO: DESIGNACIÓN DE SUPERVISION – CONTRATO **No. 1207-2023.**

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. 1207-2023**, celebrado entre la **SECRETARIA DE SALUD DEL META y NELSY BELTRAN DUARTE - MISELANEA Y PAPELERIA NETELL,** identificado(a) con cédula de ciudadanía ó NIT 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 Secretaria de Salud sobre el desarrollo del contrato, asi 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: José Nicolás Ardila Higuera
Profesional Universitario Grado 4 Codigo 219

Banco de Bogotá

Nit.860.002.964.4
Calle 36 N° 7 - 47 Bogotá

REFERENCIA BANCARIA

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que NELSY BERNAL DUARTE, identificado(a) con Cedula de ciudadanía número 31.036.935 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuentas de Ahorros No. 364459438, abierta/o desde el 25/6/2008.

Se expide en Bogotá el día 19 del mes de Abril del año 2023 con destino a: Secretaria de salud del Meta

Firma Autorizada

ESTA INFORMACION ES CONFIDENCIAL Y SE SUMINISTRA SIN RESPONSABILIDAD ALGUNA POR PARTE DEL BANCO

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): NELSY BERNAL DUARTE
No. Identificación: CC31036935
Dirección: CALLE 37 N.41-89
Telefono: 6720208
Correo: NELSYBERNALDUARTE@HOTMAIL.COM
Ciudad: VILLAVICENCIO
Número de Planilla: 8366265778

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	NELSY BERNAL DUARTE
Tipo y número de identificación	CC31036935
Número de planilla	8366265778
Fecha pago	2023-03-17
Número de autorización pago	86700036
Banco	1023

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	marzo de 2023
Periodo de Cotización Pensión	marzo de 2023
Número de Administradoras	3
Total Pagado	336700
Total Intereses de Mora	0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-23	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	6100	1
231001	Colfondos	185600	1
EPS005	Sanitas EPS	145000	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 31036935
APELLIDOS Y NOMBRES: NELSY BERNAL DUARTE

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS005	231001	1160000	1160000	1160000	0	145000	0	185600	0	6100	0

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