



DEPARTAMENTO DEL META
NIT. 892.000.148-8

RECONOCIMIENTO Y PAGO (PAGO PARCIAL O FINAL)

CÓDIGO:

F-BS-15

VERSIÓN:

05

Fecha de elaboración del reconocimiento:	29/04/2024	Periodo de Pago:	Del	28/03/2024	Al	27/04/2024
Contrato No. y Fecha:	535 del 24/02/2024					
Contratista:	MILENA LUCIA GONZÁLEZ ALARCÓN				c.c. o Nit.	40.437.004
Representante Legal:	N/A				c.c.	N/A
Tipo de Pago:	Parcial	X	Final	Número de Pago:		2

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)	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 y en la adición)	X	N/A	X	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 O EL DOCUMENTO QUE HAGA SUS VECES (Primer Pago o cesión del contrato)	N/A	N/A	N/A	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	N/A	N/A	N/A	N/A
10	COPIA ACTO ADMINISTRATIVO DE DESIGNACIÓN DEL SUPERVISOR (Primer Pago o si hay cambio de supervisor) (Nota 11)	N/A	N/A	N/A	N/A
11	CERTIFICACIÓN BANCARIA (Primer pago o si realiza cambio de cuenta)	N/A	N/A	N/A	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): cuatro millones setecientos setenta mil pesos mcte (\$4.770.000.00)

Cordialmente,

Nombre:	CARLOS ANDRÉS BARRIOS RAMÍREZ	Nombre:	ERIKA DEL PILAR ARIAS CUETO
Cargo:	Asesor Gestión Documental Supervisor	Cargo:	Secretaria Administrativa Ordenador del Gasto

Remo: kinnupineclu
00114176
07042-2024

GOBERNACIÓN DEL META - Villavicencio - Meta

Línea gratuita nacional: 01 8000 129 202

www.meta.gov.co



Secop 01415

CERTIFICADO DEL SUPERVISOR
AUTORIZANDO PAGO

CÓDIGO: F-BS-16

VERSIÓN: 04

Contrato No. y Fecha:	535 del 24 de febrero del 2024		
Contratista: (Persona natural o jurídica que figura en el contrato.)	MILENA LUCIA GONZÁLEZ ALARCÓN	Nit./c.c.	40.437.004
Representante Legal: (Soló para persona jurídica)	N/A	c.c.	N/A
Supervisor:	CARLOS ANDRÉS BARRIOS RAMIREZ	c.c.	86.062.942
Objeto: (Transcribir del contrato)			
"Fortalecer la implementación de los procesos, procedimientos de gestión documental y herramientas archivísticas del departamento del Meta de acuerdo con lo establecido en la normatividad archivística"			
Valor inicial del contrato: (Letras y Números)	Diecinueve millones ochenta mil pesos mcte (\$19.080.000 mcte)		
Término Inicial de Ejecución:	4 (cuatro) meses		
Fecha de Inicio según Acta de Inicio:	28/02/2024	Fecha Finalización según Acta de Inicio:	27/06/2024

Modificaciones (Adiciones, Prórrogas, Suspensiones, Cesiones, Reinicios)			
Tipo de Modificación	Fecha de expedición del documento	Valor (Aplica solo para adiciones)	Tiempo (aplica solo para prórrogas)
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		
*Diligencie sólo si existen modificaciones, de lo contrario N/A			
**Inserte filas si requiere			

Forma de Pago: (Transcribir del contrato)

El DEPARTAMENTO pagará al contratista el valor de ejecución del contrato así: cuatro (04) mensualidades vencidas cada una por un valor de cuatro millones setecientos setenta mil pesos mcte (\$4.770.000.00), previa certificación de cumplimiento expedido por el supervisor y acreditación de que se encuentra a paz y salvo el contratista con los aportes al Sistema Integral de Seguridad Social (EPS, Fondo de Pensiones y ARL) y demás requisitos que le sean aplicables.

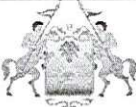
Contrato Inicial, Registro Presupuestal:

Número y Fecha:	1027 del 24 de febrero del 2024	Inversión	X	Funcionamiento	
Rubro presupuestal:	0301-2.3.45.4599.1000.002.2.3.2.02.02.008-20				
Valor: (Letras y Números)	Diecinueve millones ochenta mil pesos mcte (\$19.080.000 mcte)				

Adición, Registro Presupuestal:

Número y Fecha:	N/A	Inversión	N/A	Funcionamiento	N/A
Rubro presupuestal:	N/A				
Valor: (Letras y Números)	N/A				

Nota: Realice copia de la tabla si se presenta más de una adición

 DEPARTAMENTO DEL META NIT. 892.000.148-8	CERTIFICADO DEL SUPERVISOR AUTORIZANDO PAGO	CÓDIGO:	F-BS-16
		VERSIÓN:	04

Obligaciones Generales del Contratista: (Transcribir del Estudio Previo)

1. Acatar las sugerencias de la supervisión encaminadas a mejorar el proceso.
2. 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.
3. El contratista deberá allegar certificado médico de ingreso legible (tendrá vigencia máxima de tres (3) años y será válido para todos los contratos que suscriba el contratista, de acuerdo con lo establecido en el artículo 18 del decreto 723 de 2013). (Persona Natural).
4. El contratista dentro del monto del contrato debe garantizar los gastos de transporte, materiales, insumos de apoyo logístico necesarios para el desarrollo del objeto del contrato.
5. Dar cumplimiento a la Ley 594 del 2000 (Ley General de archivo).
6. 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.
7. 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.
8. 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.
9. Presentar informe de ejecución previo a los pagos y demás soporte documental y cada vez que sea requerido por el Supervisor.
10. Suscribir Actas de Inicio, Finalización y/o Liquidación del contrato.
11. 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, publicados en la página web de la entidad.
12. Guardar la debida reserva y confidencialidad sobre los documentos que le sean entregados o tenga conocimiento con ocasión de la ejecución del contrato; así mismo abstenerse de hacer uso de la información de la población objeto, obtenida con ocasión o como consecuencia directa de la ejecución del contrato.
13. 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.
14. Cumplir las disposiciones y lineamientos dados en favor de la prevención, eliminación de lesiones, enfermedades y víctima mortal por ocasión del trabajo en el marco legal aplicable a los trabajadores en términos de seguridad y salud en el trabajo.
15. Cumplir las disposiciones y directrices en favor de la prevención de la contaminación y la protección del medio ambiente a través del control adecuado de residuos y consumo responsable de recursos.
16. Conocer y dar cumplimiento a las políticas y procedimientos de seguridad de la información establecida por la organización, pertinente al desarrollo del objeto contractual, de conformidad con lo estipulado en el Sistema Integrado de Gestión.
17. Cargar en la plataforma del SECOP los documentos soporte de la cuenta de cobro junto con los informes de ejecución a más tardar dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la fecha de elaboración de la misma.
18. Las demás que por naturaleza del contrato se requieran en el transcurso del mismo.

Obligaciones Específicas del Contratista: (Transcribir del Estudio Previo)

1. Brindar apoyo en las reuniones del Consejo Departamental del Archivo de la Gobernación del Meta, de acuerdo con la normatividad vigente.

 DEPARTAMENTO DEL META NIT. 892.000.148-8	CERTIFICADO DEL SUPERVISOR AUTORIZANDO PAGO		CÓDIGO:	F-BS-16
			VERSIÓN:	04

2. Establecer cronograma mensual de acciones para el fortalecimiento del Sistema de Gestión Documental de la Gobernación del Meta, conforme a los criterios del Sistema Integrado de Gestión y las directrices normativas en materia archivística.
3. Apoyar los procesos de documentación, aprobación, implementación de los procedimientos relacionados con el fortalecimiento del Sistema de Gestión Documental de la entidad conforme a los criterios del Sistema Integrado de Gestión y los establecidos por el Archivo General de la Nación.
4. Realizar acompañamiento profesional a la Gerencia de Servicio al Ciudadano y Gestión Documental, en el seguimiento y gestión de las acciones correspondientes a los planes de mejoramiento en gestión documental, orientadas al fortalecimiento del sistema de gestión documental de la Gobernación del Meta.
5. Ejecutar las acciones necesarias para la divulgación y socialización de las orientaciones generadas en materia archivística expedidas por el Archivo General de la Nación a los funcionarios de la Gobernación del Meta, alcaldías y entes descentralizados del Departamento del Meta.

Modificaciones y/o Adiciones:
N/A

Periodo de Pago:	Del	28/03/2024	Al	27/04/2024	
Tipo de Pago:	Anticipo	Parcial	X	Final	No. de Pago 2

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)		Cuatro millones setecientos setenta mil pesos m/cte.	
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
1027	0301-2.3.45.4599.1000.002.2.3.2.02.02.008-20	83117	\$4.770.000
Valor Total Autorizado a Pagar (números máximo 2 decimales)			\$ 4.770.000

Lugar de Ejecución: (Transcribir del contrato)			
En el Municipio de Villavicencio/Meta			
Municipio	Número de Días	Valor Día Contrato	Total
Villavicencio	30	\$159.000	\$4.770.000
		\$	\$
Valor Total Autorizado a Pagar (números máximo 2 decimales)			\$4.770.000
Nota: Incluir filas si se requiere.			

Anticipo (Letras y Números máximo 2 Decimales)	N/A	m/cte. (\$)
Amortización del Anticipo:		
Valor (Letras y Números máximo 2 Decimales)	N/A	m/cte. (\$)
Porcentaje:	N/A	Observaciones: N/A

 DEPARTAMENTO DEL META NIT 892 000 148 8	CERTIFICADO DEL SUPERVISOR AUTORIZANDO PAGO	CÓDIGO:	F-BS-16
		VERSIÓN:	04

Balance Financiero de Ejecución del Contrato Inicial				
Concepto	Valor (Números máximo 2 Decimales)	Periodo de Pago DD/MM/AAAA		% Ejecución Financiera
		Del	Al	
Primer pago	\$4.770.000	28/02/2024	27/03/2024	25%
Pago Autorizado en el Presente Informe	\$4.770.000	28/03/2024	27/04/2024	25%
Saldo del Contrato Pendiente por Ejecutar	\$9.540.000	28/04/2024	27/06/2024	50%
Valor Total del Contrato Inicial	\$19.080.000	28/02/2024	27/06/2024	100%
Nota: Inserte o Elimine filas si requiere.				

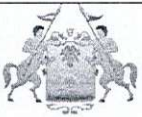
Balance Financiero de Ejecución de la Adición				
Concepto	Valor (Números máximo 2 Decimales)	Periodo de Pago DD/MM/AAAA		% Ejecución Financiera
		Del	Al	
*Cuarto Pago	N/A	N/A	N/A	N/A
*Quinto Pago	N/A	N/A	N/A	N/A
Pago Autorizado en el Presente Informe	N/A	N/A	N/A	N/A
Saldo de la Adición Pendiente por Ejecutar	N/A	N/A	N/A	N/A
Valor Total de la Adición	N/A	N/A	N/A	N/A
Nota: El número de pagos debe ser consecutivo, comienza en el balance financiero del contrato inicial y continúa en el balance financiero de la adición. Inserte o Elimine filas si requiere. (si no aplica diligenciar N/A)				

Valor Total del Contrato Inicial más la Adición	\$19.080.000
--	---------------------

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 \$ 2.149.000 _____

 DEPARTAMENTO DEL META NIT. 892.000.148-8	CERTIFICADO DEL SUPERVISOR AUTORIZANDO PAGO	CÓDIGO:	F-BS-16
		VERSIÓN:	04

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 mínimos 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 Artículo 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	MARZO
Número de Planilla	9465963994
IBC (Ingreso Base de Cotización)	\$4.058.000
Valor pagado a SALUD	\$516.400
Valor pagado a PENSIÓN	\$660.900
Valor pagado a ARL	\$21.600
Valor pagado a FSP	N/A
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	

 DEPARTAMENTO DEL META NIT. 892.000.148-8	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
Nota: Si es persona natural se diligencia N/A	

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

Dado en Villavicencio, a los veintinueve (29) días del mes de abril de 2024 .

Cordialmente,


CARLOS ANDRÉS BARRIOS RAMIREZ
Asesor Gestión Documental
Supervisor

Villavicencio, 29 de abril del 2024

CUENTA DE COBRO
NO 02DEPARTAMENTO DEL META
NIT: 892.000.148-8

DEBE A:

MILENA LUCIA GONZALEZ ALARCON
C.C. N 40.437.004 de Villavicencio

POR CONCEPTO DE: **Pago No 2** del contrato de prestación de servicios No **535 del 24/02/2024**, cuyo objeto es "Fortalecer la implementación de los procesos, procedimientos de gestión documental y herramientas archivísticas del departamento del Meta de acuerdo con lo establecido en la normatividad archivística", por el periodo comprendido entre el 28 de marzo del 2024 al 27 de abril del 2024.

Municipio	Número de Días	Valor Día Contrato	Total
Villavicencio	30	\$159.000	\$4.770.000

SON: Cuatro millones setecientos setenta mil pesos mcte (\$4.770.000)



MILENA LUCIA GONZALEZ ALARCÓN
CC. NO 40.437.004 DE VILLAVICENCIO
TEL. 3123240982
DIRECCIÓN CONJUNTO CAMINO REAL 1 CASA 74
VILLAVICENCIO

Por favor consignarlos a la cuenta de ahorros N. 488423174322 del BANCO
DAVIVIENDA.

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación		dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 40437004			GONZALEZ ALARCON MILENA LUCIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	conjunto camino real 1 casa 74	VILLAVICENCIO-META	5555555	No
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2024-03	2024-03	592847970		9465963994	2024/04/02	2024/04/23	BANCO DATIVIENDA	21	\$1.198.900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES										PENSION			SALUD			CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ingresos	de	la	de	da	da	da	da	da	da	da	da	da	da	da	da	da	da	da	da	da	da	da	da	da	da	da	da	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																															
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																															
Ciudad: VILLAVICENCIO Depto: META (1 Afiliados)																															
1	CC	40437004																													
GONZALEZ MILENA																															
Total Afiliados (1)																															

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC-40437004		GONZALEZ ALARCON MILENA LUCIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	conjunto camino real 1 casa 74	VILLAVICENCIO-META	5555555	No
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Periodo		Clave		Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2024-03	2024-03	592847970	9465963994	I	2024/04/02	2024/04/23	BANCO DAVIVIENDA	\$1,198,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$649,300	\$11,600	\$0	\$660,900
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$649,300	\$11,600	\$0	\$660,900
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$21,200	\$400	\$0	\$21,600
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$21,200	\$400	\$0	\$21,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$507,300	\$9,100	\$0	\$516,400
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$507,300	\$9,100	\$0	\$516,400
TOTAL				1	\$1,177,800	\$21,100	\$0	\$1,198,900