	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,

			04456 2 MAY'23
Nombre:	CIELO PATRICIA SANCHEZ RODRIGUEZ	Nombre:	JHONATAN DAVID NEIRA
Cargo:	Gerente Administrativa de Salud	Cargo:	Secretario de Salud del Meta
	Supervisor		Ordenador del Gasto

03993 24 APR'23

05001 8 MAY'23

HACEMOS GRANDE AL META / GOBERNACIÓN DEL META	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%

HACEMOS GRANDE AL META / GOBERNACIÓN DEL META	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	

HACEMOS GRANDE AL META / GOBERNACIÓN DEL META	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 Cll 37 Nº 41-89 Barzal

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		
		TOTAL $	2.627.800

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

FIRMA NELSY BERNAL DUARTE

FIRMA CLIENTE

NOTA:

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

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

PAGADA
8366265778

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-23	POSITIVA COMPANIA 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

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 COMPANIA DE SEGUROS	6100	1
231001	Colfondos	185600	1
EPS005	Sanitas EPS	145000	1

PAGADA
8366265778

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

REPORTE DE LA PLANILLA DE AUTOLIQUIDACIÓN DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE

TIPO	NÚMERO	NOMBRE RAZÓN SOCIAL	DIRECCIÓN	TELÉFONO	FAX
CC	31036935	NELSY BERNAL DUARTE	CALLE 37 N.41-89	6720208	6720208

FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO
U	I	PRINCIPAL	PPAL	META	VILLAVICENCIO

DATOS DE LA PLANILLA

PERIODO LIQUIDACIÓN				TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA MES AÑO)	NÚMERO RADICACIÓN	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD	SE ACOGE A LOS BENEFICIOS DE LEY 1429 DE 2010 A CAJAS DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
SALUD		PENSIÓN, RIESGOS LAB, CAJA, SENA, ICBF						
MES	AÑO	MES	AÑO					
3	2023	3	2023	I	17 03 2023	8366265778	No	No

CENTRO DE TRABAJO: Todos | NÚMERO DE EMPLEADOS: 1 | NIT EMPRESA CONVENIO: Todos

No	DOCUMENTO	APELLIDOS Y NOMBRES	TIPO COT	SUB COT	EXT	COL EXT	Exon	COD MUN	COD DEP	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	EPS	AFP	ARL	CÓDIGO EPS	IBC EPS	TARIFA EPS	APORTE EPS	CÓDIGO AFP	IBC AFP	TARIFA AFP	APORTE AFP	FSP Solidaridad
1	CC 31036935	BERNAL DUARTE NELSY	59	0			No	001	50																30	30	30	EPS005	$1,160,000	12.50%	$145,000	231001	$1,160,000	16.00%	$185,600	$0
																															$145,000				$185,600	$0

PAGADO

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

REPORTE DE LA PLANILLA DE AUTOLIQUIDACIÓN DE APORTES

No	DOCUMENTO	APELLIDOS Y NOMBRES	FSP Subsistencia	CÓDIGO ARL	IBC ARL	TARIFA ARL	CLASE RIE	APORTE ARL
1	CC 31036935	BERNAL DUARTE NELSY	$0	14-23	$1,160,000	0.52%	1	$6,100
			$0					$6,100

PAGADO

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

compensar | miplanilla.com

REPORTE DE LA PLANILLA DE AUTOLIQUIDACIÓN DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE					
TIPO	NÚMERO	NOMBRE RAZÓN SOCIAL	DIRECCIÓN	TELÉFONO	FAX
CC	31036935	NELSY BERNAL DUARTE	CALLE 37 N.41-89	6720208	6720208
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO
U	I	PRINCIPAL	PPAL	META	VILLAVICENCIO

DATOS DE LA PLANILLA								
PERIODO LIQUIDACIÓN				TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA MES AÑO)	NÚMERO RADICACIÓN	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD	SE ACOGE A LOS BENEFICIOS DE LEY 1429 DE 2010 A CAJAS DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
SALUD		PENSIÓN, RIESGOS LAB, CAJA, SENA, ICBF						
MES	AÑO	MES	AÑO					
3	2023	3	2023	I	17 03 2023	8366265778	No	No

CENTRO DE TRABAJO	Todos	NÚMERO DE EMPLEADOS	1	NIT EMPRESA CONVENIO	Todos

No	DOCUMENTO	APELLIDOS Y NOMBRES	TIPO COT	SUB COT	EXT	COL EXT	Exon	COD MUN	COD DEP	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	EPS	AFP	ARL	CÓDIGO EPS	IBC EPS	TARIFA EPS	APORTE EPS	CÓDIGO AFP	IBC AFP	TARIFA AFP	APORTE AFP	FSP Solidaridad
1	CC 31036935	BERNAL DUARTE NELSY	59	0			No	001	50																30	30	30	EPS005	$1,160,000	12.50%	$145,000	231001	$1,160,000	16.00%	$185,600	$0
																															$145,000				$185,600	$0

PAGADO

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

CERTIFICADO DE

PRESUNCION DE COSTOS

Yo, **NELSY BERNAL DUARTE** , identificada con cédula de ciudadanía No. 31.036.935 de Cubarral , cumplo con el pago de seguridad social acogiéndome al Art. 3° de la Resolución 209 del 2020 y Decreto 1601 del 2022 Art. 3.2.7.3 y 3.2.7.5, realizando el pago sobre el 40% del valor mensual del contrato No.1207 del 2023.

Se expide en Villavicencio , 2 días del mes de Mayo del 2023

NELSY BERNAL DUARTE
C.C. No. 31.036.935 de Cubarral
Tel . 3105762065

Villavicencio abril 18 del 2023

Doctor
JHONATAN DAVID NEIRA
Secretario de Salud

INFORME DE CONTRATISTA
ACEPTACION DE OFERTA No. 1207 DEL 2023
INFORME DEL 1 AL 31 DE MARZO 2023

OBJETO DEL INFORME : Rendir un informe detallado sobre el avance del contrato y presentar evidencias sobre las actividades realizadas durante el periodo contratado.

INFORMACION DEL CONTRATO No.	1207 DEL 2023
TIPO DE PROCESO	MINIMA CUANTIA
CONTRATISTA	NELSY BERNAL DUARTE
OBJETO DEL CONTRATO	SERVICIO DE FOTOCOPIADO , ANILLADO, EMPASTADO DE LA SECRETARIA DE SALUD DEL META
VALOR DEL CONTRATO	$23.000.000.00
PLAZO DE EJECUCION	9 MESES Y 23 DIAS
FECHA DE INICIO	1 DE MARZO DEL 2023

INFORME PRESENTADO DURANTE EL PERIODO DEL 1 AL 31 DE MARZO 2023

DETALLE	CANT.	VR, UNIT	VALOR TOTAL
FOTOCOPIAS CARTA	26.278	$100.00	2.627.800.00
ANILLADO			
FOTOCOPIAS OFICIO			
EMPASTADO			
TOTAL			$2.627.800.00

VALOR. DOS MILLONES SEISCIENTOS VEINTISIETE MIL OCHOCIENTOS PESOS MCTE. ($ 2.627.800.00)

Anexo: seguridad social de marzo /2023

NELSY BERNAL DUARTE
C.C. .31.036.935

Miscelánea y Papeleria **NETELL**

Nit. 31.036.935.-1 Rég.Simplificado

Nelsy Bernal Duarte

FECHA: 06 03 23

DEPENDENCIA: Habilitación Facultades recolección hallazgo y disposición final de aguas.

No FOTOCOPIAS: 650

No DE ANILLADOS:

Calle 37 No. 41 - 89 - Barzal
VILLAVICENCIO - (META)
Tel:6656759

FIRMA :

Amparo

Miscelánea y Papeleria **NETELL**

Nit. 31.036.935.-1 Rég.Simplificado

Nelsy Bernal Duarte

FECHA: 07 03 23

DEPENDENCIA: Auditoria con Servicios Planilla de Usuarios y PQR

No FOTOCOPIAS: 850

No DE ANILLADOS:

Calle 37 No. 41 - 89 - Barzal
VILLAVICENCIO - (META)
Tel:6656759

FIRMA :

Amparo

Miscelánea y Papeleria **NETELL**

Nit. 31.036.935.-1 Rég.Simplificado

Nelsy Bernal Duarte

FECHA: 09 03 23

DEPENDENCIA: actas PTP. Inspección habilitación Farmaceuticos actas revisadas.

No FOTOCOPIAS: 700

No DE ANILLADOS:

Calle 37 No. 41 - 89 - Barzal
VILLAVICENCIO - (META)
Tel:6656759

FIRMA :

Amparo

Miscelánea y Papeleria **NETELL**

Nit. 31.036.935.-1 Rég.Simplificado

Nelsy Bernal Duarte

FECHA: 13 03 23

DEPENDENCIA: P y P. Respuestas de EAD.

No FOTOCOPIAS: 300

No DE ANILLADOS:

Calle 37 No. 41 - 89 - Barzal
VILLAVICENCIO - (META)
Tel:6656759

FIRMA :

Amparo

Miscelánea y Papeleria **NETELL**

Nit. 31.036.935.-1 Rég.Simplificado

Nelsy Bernal Duarte

FECHA: 17 03 23

DEPENDENCIA: Prestacion de Servicios Usuario atencion Publico POR.

No FOTOCOPIAS: 1.450

No DE ANILLADOS:

Calle 37 No. 41 - 89 - Barzal
VILLAVICENCIO - (META)
Tel:6656759

FIRMA : Cumpaco.

Miscelánea y Papeleria **NETELL**

Nit. 31.036.935.-1 Rég.Simplificado

Nelsy Bernal Duarte

FECHA: 01 03 23

DEPENDENCIA: Habitaciones Comodatos Empresas

No FOTOCOPIAS: 2150

No DE ANILLADOS:

Calle 37 No. 41 - 89 - Barzal
VILLAVICENCIO - (META)
Tel:6656759

FIRMA : Cumpaco

Miscelánea y Papeleria **NETELL**

Nit. 31.036.935.-1 Rég.Simplificado

Nelsy Bernal Duarte

FECHA: 02 03 23

DEPENDENCIA: P y P. Formatos propios cargas., desestimulo y caracterizacion

No FOTOCOPIAS: 1950

No DE ANILLADOS:

Calle 37 No. 41 - 89 - Barzal
VILLAVICENCIO - (META)
Tel:6656759

FIRMA : Cumpaco

Miscelánea y Papeleria **NETELL**

Nit. 31.036.935.-1 Rég.Simplificado

Nelsy Bernal Duarte

FECHA: 06 03 23

DEPENDENCIA: P y P: Formatos recolección tratamiento y disposicion final residuos Solidos

No FOTOCOPIAS: 1800.

No DE ANILLADOS:

Calle 37 No. 41 - 89 - Barzal
VILLAVICENCIO - (META)
Tel:6656759

FIRMA : Cumpaco

Miscelánea y Papeleria **NETELL**

Nit. 31.036.935.-1 Rég.Simplificado

Nelsy Bernal Duarte

FECHA: 23 03 23

DEPENDENCIA: Py P Formato recoleccion información básica durante la vigencia Sanitario

No FOTOCOPIAS: 780

No DE ANILLADOS:

Calle 37 No. 41 - 89 - Barzal
VILLAVICENCIO - (META)
Tel:6656759

FIRMA :

Miscelánea y Papeleria **NETELL**

Nit. 31.036.935.-1 Rég.Simplificado

Nelsy Bernal Duarte

FECHA: 21 03 23

DEPENDENCIA: P y P. formatos entrega de Medicamento tuberculos y lepra

No FOTOCOPIAS: 370

No DE ANILLADOS:

Calle 37 No. 41 - 89 - Barzal
VILLAVICENCIO - (META)
Tel:6656759

FIRMA :

Miscelánea y Papeleria **NETELL**

Nit. 31.036.935.-1 Rég.Simplificado

Nelsy Bernal Duarte

FECHA: 21 03 23

DEPENDENCIA: Habilitacion Actas e informes 337/22

No FOTOCOPIAS: 830

No DE ANILLADOS:

Calle 37 No. 41 - 89 - Barzal
VILLAVICENCIO - (META)
Tel:6656759

FIRMA :

Miscelánea y Papeleria **NETELL**

Nit. 31.036.935.-1 Rég.Simplificado

Nelsy Bernal Duarte

FECHA: 17 03 23

DEPENDENCIA: Habilitacion - Actas Verificacion adoquenicos (18). actas desfavorables

No FOTOCOPIAS: 2700

No DE ANILLADOS:

Calle 37 No. 41 - 89 - Barzal
VILLAVICENCIO - (META)
Tel:6656759

FIRMA :

Miscelánea y Papeleria **NETELL**

Nit. 31.036.935.-1 Rég.Simplificado

Nelsy Bernal Duarte

FECHA: 10 / 03 / 23

DEPENDENCIA: Habilitaciones Comodatos 9 Entidades

No FOTOCOPIAS: 1900

No DE ANILLADOS:

Calle 37 No. 41 - 89 - Barzal
VILLAVICENCIO - (META)
Tel:6656759

FIRMA : Amparo

Miscelánea y Papeleria **NETELL**

Nit. 31.036.935.-1 Rég.Simplificado

Nelsy Bernal Duarte

FECHA: 14 / 03 / 23

DEPENDENCIA: Habilitaciones - Tablas Retención Comodatos Entidades (10)

No FOTOCOPIAS: 1787

No DE ANILLADOS:

Calle 37 No. 41 - 89 - Barzal
VILLAVICENCIO - (META)
Tel:6656759

FIRMA : Amparo

Miscelánea y Papeleria **NETELL**

Nit. 31.036.935.-1 Rég.Simplificado

Nelsy Bernal Duarte

FECHA: 9 / 03 / 23

DEPENDENCIA: Despacho Notificaciones Res. 0048 / 235 / 23 6X. 029. Mandamiento 0048/23

No FOTOCOPIAS: 350

No DE ANILLADOS:

Calle 37 No. 41 - 89 - Barzal
VILLAVICENCIO - (META)
Tel:6656759

FIRMA : Amparo

Miscelánea y Papeleria **NETELL**

Nit. 31.036.935.-1 Rég.Simplificado

Nelsy Bernal Duarte

FECHA: 10 / 03 / 23

DEPENDENCIA: Aduanas Activa Contratos 101583 - Derechos Peticion

No FOTOCOPIAS: 306.

No DE ANILLADOS:

Calle 37 No. 41 - 89 - Barzal
VILLAVICENCIO - (META)
Tel:6656759

FIRMA : Amparo

4343

Miscelánea y Papeleria NETELL

Nit. 31.036.935.-1 Rég.Simplificado

Nelsy Bernal Duarte

FECHA: 15 / 03 / 23

DEPENDENCIA: *Administrativa*
Justificacion Vigencias expiradas 2023
Contrato servicio

No FOTOCOPIAS: *834*

No DE ANILLADOS:

Calle 37 No. 41 - 89 - Barzal
VILLAVICENCIO - (META)
Tel:6656759

FIRMA : *Campo*

Miscelánea y Papeleria NETELL

Nit. 31.036.935.-1 Rég.Simplificado

Nelsy Bernal Duarte

FECHA: 02 / 03 / 23

DEPENDENCIA: *Laboratorio*
Fichas Notificaciones

No FOTOCOPIAS: *550*

No DE ANILLADOS:

Calle 37 No. 41 - 89 - Barzal
VILLAVICENCIO - (META)
Tel:6656759

FIRMA : *Campo*

Miscelánea y Papeleria NETELL

Nit. 31.036.935.-1 Rég.Simplificado

Nelsy Bernal Duarte

FECHA: 29 / 03 / 23

DEPENDENCIA: *Prestacion Servicios*
Dotacion equipos Biomedicos para fortalecer

No FOTOCOPIAS: *1.271*

No DE ANILLADOS:

Calle 37 No. 41 - 89 - Barzal
VILLAVICENCIO - (META)
Tel:6656759

FIRMA : *Campo*

Miscelánea y Papeleria NETELL

Nit. 31.036.935.-1 Rég.Simplificado

Nelsy Bernal Duarte

FECHA: 31 / 03 / 23

DEPENDENCIA: *Habitacion*
Comodatos 8 Entidades

No FOTOCOPIAS: *1.750*

No DE ANILLADOS:

Calle 37 No. 41 - 89 - Barzal
VILLAVICENCIO - (META)
Tel:6656759

FIRMA : *Campo*

405

Miscelánea y Papeleria **NETELL**

Nit. 31.036.935.-1 Rég.Simplificado

Nelsy Bernal Duarte

FECHA: 14 03 23

DEPENDENCIA: Ppl. Hojas de Registro
de Enfermeria EAD.3

No FOTOCOPIAS: 630

No DE ANILLADOS:

Calle 37 No. 41 - 89 - Barzal
VILLAVICENCIO - (META)
Tel:6656759

FIRMA :

Miscelánea y Papeleria **NETELL**

Nit. 31.036.935.-1 Rég.Simplificado

Nelsy Bernal Duarte

FECHA: 15 03 23

DEPENDENCIA: Administrativa
Documentos CTAS Medicas

No FOTOCOPIAS: 350.

No DE ANILLADOS:

Calle 37 No. 41 - 89 - Barzal
VILLAVICENCIO - (META)
Tel:6656759

FIRMA :

Miscelánea y Papeleria **NETELL**

Nit. 31.036.935.-1 Rég.Simplificado

Nelsy Bernal Duarte

FECHA: 16 03 23

DEPENDENCIA: Habilitación
Formatos actividades PEC. y comodato

No FOTOCOPIAS: 2070

No DE ANILLADOS:

Calle 37 No. 41 - 89 - Barzal
VILLAVICENCIO - (META)
Tel:6656759

FIRMA :

3000

Villavicencio, 18 de abril de 2023

Doctor(a):
JHONATAN DAVID NEIRA
Secretario de Salud del Meta
Gobernación del Meta

INFORME DE SUPERVISIÓN

Objetivo del Informe
Mantener informada a la Gobernación del Meta sobre el desarrollo del contrato objeto de este informe, presentar evidencias de su ejecución y verificar que las actividades realizadas sean hechas con calidad y en los términos adecuados.

Contrato No. y Fecha:	1207 de 24 de febrero de 2023		
Clase de Contrato:	Aceptación oferta mínima cuantía NO. SSM-MC 001-2003		
Registro Presupuestal No. y Fecha:	2448 01/03/2023		
Contratista:	NELSY BERNAL DUARTE	Nit./c.c.	31.036.935
Representante Legal:		c.c.	
Supervisor:	CIELO PATRICIA SANCHEZ RODRIGUEZ	c.c.	40.392.762
Acto administrativo de designación supervisor: No. y Fecha	Designación de Supervisor contrato No1207 de 2023	01/03/2023	
Objeto:	**“ Servicio de fotocopiado, anillado y empastado de la Secretaria de Salud del Meta ”.**		
Valor inicial del contrato: (Letras y Números)	**Veintitrés 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:	N/A	Fecha Finalización:	N/A

(Inicial + prórroga)		(Inicial + prórroga)	
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			

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

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

Se me designó como supervisor del contrato objeto de este informe, así para dar cumplimiento al Decreto No. 075 de 2021, por medio de la cual se adopta el Manual de Contratación, Supervisión e Interventoría del Departamento del Meta, me permito informar el desarrollo correspondiente al presente periodo de pago en los siguientes aspectos:

Cumplimiento de los requisitos de ejecución del contrato:

REQUISITOS	Si	No	N/A
Registro presupuestal	x		
Otorgamiento oportuno de las garantías tanto al inicio como a lo largo de la vida del contrato, de la aprobación de dichas garantías y las demás que correspondan según el contrato y la Ley			x
Existencia de las licencias y/o autorizaciones que se requieran contractual y legalmente para proceder a suscribir el acta de inicio del contrato)			x
Afiliación a Administradora de Riesgos Laborales ARL	x		
Publicaciones en Secop	x		
Publicaciones en SIA Observa	x		
Carpeta física actualizada en la Gerencia de asuntos contractuales	x		

Ejecución de las actividades en cumplimiento de las obligaciones especificas en el periodo del informe:

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.

Evaluación y Reevaluación del Contratista	
Rango de Calificación	
Excelente	El contratista superó las especificaciones técnicas establecidas de los productos y/o servicios.
Bueno	El contratista cumplió las especificaciones técnicas establecidas de los productos y/o servicios.
Regular	El contratista en el desarrollo del contrato presentó inconformidades que no son graves, ni se considera que incumplió el mismo.
No Cumple	El contratista en el desarrollo del contrato presentó inconformidades graves y se considera que incumplió el mismo.

Evaluación y Reevaluación del Contratista	**Calificación**
CUMPLIMIENTO: (Oportunidad en la entrega de los productos y/o servicios; Atención a compromisos adquiridos)	Bueno
CALIDAD: (Grado en el que el producto y/o servicio cumple las necesidades y expectativas contractuales)	Bueno
COMUNICACIÓN: (Comunicación asertiva durante la ejecución del contrato)	Bueno
EVALUACIÓN GENERAL: (Percepción general sobre el producto y/o servicio suministrado)	Bueno

Cumplimiento de las Obligaciones de Seguridad Social:

Certifico que verifiqué el cumplimiento del pago de aportes a la seguridad social (salud, pensión y ARL) y parafiscales correspondiente al periodo del presente informe como se establece en el Certificado del supervisor autorizando el pago.

Certificación de Cumplimiento General

De acuerdo con la información anteriormente suministrada y la contenida en el F-BS-16 certificado del supervisor autorizando el pago, certifico que durante el periodo objeto de este informe, el contratista cumplió a satisfacción las obligaciones del contrato, y cumplió con el pago del sistema de seguridad social, la cual fue verificada física y documentalmente por el suscrito.

Cordialmente;

CIELO PATRICIA SANCHEZ RODRIGUEZ
Gerente de Administrativa de Salud
Supervisor