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

Fecha de elaboración del reconocimiento:	19/07/2023	Periodo de Pago:	Del	01/06/2023	Al	30/06/2023	
Contrato No. y Fecha:	1207 DEL 24 DE FEBRERO 2023						
Contratista:	NELSY BERNAL DUARTE				c.c. o Nit.	31.036.935	
Representante Legal:					c.c.		
Tipo de Pago:	Parcial	X	Final		Número de Pago:	4	

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)	N/A	N/A	N/A	N/A
3	ORIGINAL CERTIFICADO SUPERVISOR AUTORIZANDO EL PAGO (F-BS-16)	X	X	X	X
4	COMPROBANTE DE ENTRADA A ALMACÉN (Para Contratos de suministro) (Copia Hacienda – Original Jurídica)	N/A	N/A	N/A	N/A
5	FACTURA DE VENTA O CUENTA DE COBRO DE BIENES O SERVICIOS (Original Hacienda – Copia Jurídica)	X	X	X	X
6	COPIA ACTA DE INICIO (F-BS-12) (Primer Pago)	N/A	N/A	N/A	N/A
7	COPIA CONTRATO 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):	**Un millón setecientos veintiséis mil quinientos pesos mcte. ($1.726.500.00)**

Cordialmente,

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

Secretaría de Salud del Meta
Oficina de Contratación
Revisó:
14/07/23

10103 19 JUL '23

	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	c.c.	
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)	**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: (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 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 Mcte ($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: (Transcribir del Estudio Previo)

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: (Transcribir del Estudio Previo)

1) Prestar el servicio de fotocopiado, anillado, estampado, de la siguiente manera, conforme a las especificaciones técnicas requeridas pór 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 de 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	01/06/2023		Al	30/06/2023			
Tipo de Pago:	Anticipo		Parcial	X	Final		No. de Pago	4

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)	**Un millón setecientos veintiséis mil quinientos pesos m/cte. ($ 1.726.500)**

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	$ **1.726.500.00**
Valor Total Autorizado a Pagar (números máximo 2 decimales)			**$ 1.726.500.00**

Lugar de Ejecución: (Transcribir del contrato)			
El lugar de ejecución del presente contrato será en el municipio de Villavicencio			
Municipio	**Número de Días**	**Valor Día Contrato**	**Total**
Villavicencio	30	$57.550.00	**$1.726.500.00**
		$	$
Valor Total Autorizado a Pagar (números máximo 2 decimales)			**$1.726.500.00**
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: Observaciones:	**N/A**

Balance Financiero de Ejecución del Contrato Inicial				
Concepto	**Valor**	**Periodo de Pago** DD/MM/AAAA		**% Ejecución**
		Del	**Al**	

	(Números máximo 2 Decimales)			Financiera
Primer Pago	$2.627.800.00	01/03/2023	31/03/2023	11.43%
Segundo pago	$2.535.000.00	01/04/2023	30/04/2023	11.02%
Tercer pago	$3.088.500.00	01/05/2023	31/05/2023	13.43%
Pago Autorizado en el Presente Informe	$1.726.500.00	01/06/2023	30/06/2023	7.51%
Saldo del Contrato Pendiente por Ejecutar	$13.022.200.00	01/07/2023	23/12/2023	56.61%
Valor Total del Contrato Inicial	$23.000.000.00	01/03/2023	23/12/2023	100%
Valor Total del Contrato Inicial más la Adición	**$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	**06/2023**
Número de Planilla	**8368508753**
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	

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 diecinueve (19) días del mes de julio del 2023

Cordialmente,



CIELO PATRICIA SANCHEZ RODRIGUEZ
Gerente Administrativa de Salud
Supervisor

Nelsy Bernal Duarte

ADMINISTRADORA DE EMPRESAS

Nit: 31.036.935-1 Régimen Simplificado

FACTURA DE VENTA

FECHA 18 09 2023

Nº 073

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

CLIENTE Depantamento del meta. **NIT. ó C.C.** 892000148-8

DIRECCIÓN **CEL.** 6656759

CANT.	DESCRIPCIÓN	VR. UNIT.	VR. TOTAL
1	Derecho de fotocopiado / anillado y empastado de la Gerencia de Salud del meta pdo del 1º al 30 junio / 2023 son: Un millon Setecientos Ventisiete mil Quinientos pesos		1726.500
		TOTAL $	1726500

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

CERTIFICADO DE PRESUNCION DE COSTOS

Yo, **NELSY BERNAL DUARTE** , identificada con cedula de ciudadanía No. 31.036.935 de Cubarral , cumplió con el pago de seguridad social acogiéndome al Art 3°de la Resolución 20*9 del 20250 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 20236.

Se expide en Villavicencio a los 19 días del mes de julio del 2023

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

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: 6605150
Correo: NELSYBERNALDUARTE@HOTMAIL.COM
Ciudad: VILLAVICENCIO
Número de Planilla: 8368508753

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	NELSY BERNAL DUARTE	Número de Empleados	1
Tipo y número de identificación	CC31036935	Periodo de Cotización Salud	junio de 2023
Número de planilla	8368508753	Periodo de Cotización Pensión	junio de 2023
Fecha pago	2023-06-16	Número de Administradoras	3
Número de autorización pago	69442518	Total Pagado	336700
Banco	1023	Total Intereses de Mora	0

PAGADA
8368508753

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

Inicio

Aportante

Empleados y Beneficiarios

Planillas

Certificados y Reportes

Ir a Cesantías

Ir a Pensiones voluntarias

Configuraciones básicas

Ayudas

Resumen de pago

A continuación se encuentra la Información de la planilla:

Guardar archivos en excel

Guardar en PDF

Información de la planilla

Identificación	CC 31036935	Tipo de planilla	I - Planilla de Independientes
Razon Social	NELSY BERNAL DUARTE	Vencimiento	2023/07/11
Numero de planilla	8368508753	Fecha de pago	2023/06/16
Periodo	Junio de 2023	Total pagado	$336.700

Información asociada al pago

NIT de recaudo	9998600669427	Medio de pago	Pago en Cajas
Razon Social	Compensar OI	Banco	1023
Descripción	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social	Numero de aprobación	69442518

Totales por administradora

NIT	Administradora	Antes De Mora	Interes De Mora	Total
800227940	Colfondos	$ 185.600	$ 0	$ 185.600
800251440	Sanitas EPS	$ 145.000	$ 0	$ 145.000
860011153	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	$ 6.100	$ 0	$ 6.100
	Totales	$ 336.700	$ 0	$ 336.700

Ir a listado de planillas disponibles para pago

Ir a listado de planillas pagadas

× Hola soy Pili, ¿en qué te puedo ayudar?

Inicio

Aportante

Empleados y Beneficiarios

Planillas

Certificados y Reportes

Ir a Cesantías

Ir a Pensiones voluntarias

Configuraciones básicas

Ayudas

Información importante

Plazos para pago
Tarifas de UPC Adicional
Términos y condiciones

Enlaces de interes

Compensar
Comfenalco Valle
Compensar EPS
Comfenalco Valle EPS

Contáctanos

Líneas de atención

Línea Gratuita Nacional
01 8000 11 7006
Bogotá: +57 (1)307 7006

Todos los derechos reservados © 2023 - Compensar - Cenet S.A.

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	6605150	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					
6	2023	6	2023	I	16 06 2023	8368508753	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

compensar | miplanilla.com

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	6605150	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					
6	2023	6	2023	I	16 06 2023	8368508753	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

Villavicencio, 19 de julio del 2023

Doctor
JHONATAN DAVID NEIRA
Secretario de Salud
Gobernación del Meta

INFORME DEL CONTRATISTA
ACEPTACION DE OFERTA
INFORME DEL 1° AL 30 DE JUNIO DEL 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

ACEPTACION DE LA OFERTA No.	1207
TIPO DE PROCESO	MINIMA CUANTIA
CONTRATISTA	NELSY BERNAL DUARTE
OBJETO DEL CONTRATO	SERVICIO DE FOTOCOPIADO, EMPASTADO DE LA SECRETARIA DE SALUD,
VALOR DEL CONTRATO	VEINTITRES MILLONES DE PESOS MCTE ($23,000.000.00)
PLAZO EJECUCION CONTRATO	9 MESES Y 23 DIAS
FECHA DE INICIO	1 DE MARZO DEL 2023

INFORME

DESCRIPCION	CANT	VALOR	TOTAL
FOTOCOPIAS	17.265	100	$ 1.726.500.00
ANILLADOS			
TOTAL			$ 1.726.500.00

VALOR: UN MILLON SETECIENTOS VEINTISEIS MIL QUINIENTOS PESOS MCTE ($ 1.726.500.00)

Anexo : Seguridad Social del mes de junio del 2023

NELSY BERNAL DUARTE
C.C.No.31.036.935.

Miscelánea y Papeleria **NETELL**

Nit. 31.036.935.-1 Rég.Simplificado

Nelsy Bernal Duarte

FECHA: 02 / 06 / 23

DEPENDENCIA: P y P. Et V. Registro Pruebas expidas para paludismo

No FOTOCOPIAS: 570

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: 6 / 6 / 23

DEPENDENCIA: Administrativo Documentos Cto Medicas

No FOTOCOPIAS: 140

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: 6. / 6 / 23

DEPENDENCIA: Despacho - Documentos

No FOTOCOPIAS: 320

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: 7 / 6. / 23

DEPENDENCIA: Habilitaciones Formatos

No FOTOCOPIAS: 395

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 6 23

DEPENDENCIA: Habilitacion
Documentos

No FOTOCOPIAS: 375

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 6 23

DEPENDENCIA: P y P. Laboratorio
Documentos Fichas Habilitacion

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: 13 6 23

DEPENDENCIA: P y P.
Decreto 0411./22

No FOTOCOPIAS: 170

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: 15 06 23

DEPENDENCIA: P-y P - Salud Mental
formatos Valoracion Integral

No FOTOCOPIAS: 530

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: 15 06 23

DEPENDENCIA: Administracion
Bonos Personales

No FOTOCOPIAS: 270

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 06 23

DEPENDENCIA: Habilitación
Documentos Varios

No FOTOCOPIAS: 430

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 06 23

DEPENDENCIA: P y P. Ambiental - Contratos
Peritaciones Servicios Vacunaciones

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: 16 06. 23

DEPENDENCIA: CTV. PyP. Control evalua
formatos control quimico - control
de enfermedades

No FOTOCOPIAS: 1.200

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: 20 06 23

DEPENDENCIA: Habilitaciones - Contratos y compras - CESE - Hospital - Invelsum Clínica Hoy - Seminuevos Hptal - Grande Clínica Buzul

No FOTOCOPIAS: 1436

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: 20 06 23

DEPENDENCIA: PYP. Centro de Medicamentos lepra y tuberculosis

No FOTOCOPIAS: 1200

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: 16 06 23

DEPENDENCIA: Administrativa Citas Medicas.

No FOTOCOPIAS: 370

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: 22 06 23

DEPENDENCIA: Habilitaciones Documentos

No FOTOCOPIAS: 495

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: 8 06 23

DEPENDENCIA: Rentas cnes Servicios Viabilidad. Tecnica dotacion equipos

No FOTOCOPIAS: 635

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: 12 07 2023

DEPENDENCIA: COPIAS RADICADOS CONTRS RECURSOS NACIÓN

No FOTOCOPIAS: 250 fotoc

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: 13 06 23

DEPENDENCIA: P.y P. Vehiculos actos seguento sentencias Corte

No FOTOCOPIAS: 1000

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: 16 06 23

DEPENDENCIA: Habitación Notificaciones Mpio

No FOTOCOPIAS: 210.

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: 28 06 23

DEPENDENCIA: T y P. ETV fichas notificación de carr - Control quirurgico - equipo oliviano control de anestesia a capacitadores

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: 7 06 23

DEPENDENCIA: Adenda linea Docentes Varios

No FOTOCOPIAS: 3000

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: 22 06 23

DEPENDENCIA: P y P. Formatos de Diseestimiento

No FOTOCOPIAS: 450

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 06 23

DEPENDENCIA: Habilitacion Actas informe f 33 1/2

No FOTOCOPIAS: 680

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: 20 06. 23

DEPENDENCIA: Administrativa

No FOTOCOPIAS: 39 fot. yeny

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: 21 06 23

DEPENDENCIA: P y P. Programa chagas - Ficha Pruebas

No FOTOCOPIAS: 550

No DE ANILLADOS:

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

FIRMA : Amparo

Villavicencio, Julio 19 del 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 DEL 24 /02 /2023		
Clase de Contrato:	ACEPTACION OFERTA MINIMA CUANTIA 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 del Supervisor Contrato No.1207 del 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: (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			

Periodo de Pago:		Del	01/06/2023		Al	30/06/20213			
Tipo de Pago:	Anticipo		Parcial	X	Final		No. de Pago	4	

Valor Total Autorizado a Pagar (Letras y números Máximo 2 Decimales)	**Un millón setecientos veintiséis mil quinientos pesos m/cte. ($ 1.726.500.00)**

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:

Descripción de las actividades ejecutadas

INFORME

DESCRIPCION	CANT	VALOR	TOTAL
FOTOCOPIAS	17.265	100	$ 1.726.500.00
ANILLADOS			
TOTAL			$ 1.726.500.00

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 Administrativa de Salud
Supervisor