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:	29/08/2024	Periodo de Pago:	Del	16/05/2024	Al	15/06/2024
Contrato No. y Fecha:	1098 del 10 de mayo de 2024					
Contratista:	Carlos Alberto Velásquez Díaz			c.c. o Nit.	86.076.976	
Representante Legal:	N/A			c.c.	N/A	
Tipo de Pago:	Parcial	X	Final		Número de Pago:	01

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)	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)	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)	X	N/A	X	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 quinientos mil pesos mcte ($4.500.000)**

Cordialmente,

Nombre:	MARIA JIMENA RIVERA MARTÍNEZ	Nombre:	LEIDY SÀNCHEZ LOAIZA
Cargo:	Profesional Universitario Supervisora	Cargo:	Secretaria de Comunicaciones Ordenador del Gasto

04 SEP 2024

SCOP 6383 05.09.24

04 SEP 2024

GOBERNACION DEL META

NIT. 892000148-8

REGISTRO PRESUPUESTAL DE COMPROMISOS

Registro No. **4632**

Vigencia: 2.024 **Fecha de Compromiso:** 14 de mayo de 2024

Beneficiario VELASQUEZ DIAZ CARLOS ALBERTO **Nit:** 86076976 - 2

No. C.D.P. : 1595 **Fecha de Expedición del C.D.P.:** 19 de abril de 2024 **Con Formalidades Plenas**

Tipo de Compromiso Servicio

Comunicacion de aceptacion oferta: 1098 **Fecha:** 10/05/2024 **Vence:** 31/12/2024

Objeto: BPIN 2023005500277 PROMOCION Y DIFUSION DE LA GESTION DE LA GOBERNACION DEL META ASI COMO OFERTA INSTITUCIONAL QUE BRINDA EL GOBIERNO DEPARTAMENTAL EN EL META A TRAVES DE UN MEDIO DE COMUNICACION DIGITAL

Cto.Utilidad : Secretaria de Comunicaciones **Regional** DEPARTAMENTO DEL META

Identificación Presupuestal	Concepto	Valor
stos-Inversión 0301 - 2.3.23.2302.0400.002.2.3.2.02.02.008 - 20	**BPIN 2023005500277. ELABORACIÓN DE ACCIONES PARA DIVULGAR Y PROMOCIONAR LA GESTIÓN DEL GOBIERNO DEL META** Servicios prestados a las empresas y servicios de producción Recurso Propio-Libre Destinacion Ingresos Corrientes de libre destinacion **Clasificadores** --$3635 18.000.000,00	18.000.000,00
	Total Compromisos	$18.000.000,00

Programación de Pagos

Mes	Valor
Junio	$4.500.000,00
Julio	4.500.000,00
Agosto	4.500.000,00
Septiembre	4.500.000,00
Valor Total Prog.	$18.000.000,00

JAIDY ELAIKA NIETO
Gerente de Presupuesto

Elaboró: CARLOSRINCON

DEPARTAMENTO DEL META NIT. 892.000.148-8	**CERTIFICADO DEL BANCO DE PROGRAMAS Y PROYECTOS DE INVERSIÓN DEPARTAMENTAL – BPPID – EJECUCIÓN DE RECURSOS**	CÓDIGO:	F-PE-19
		VERSIÓN:	01

EL DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE PLANEACIÓN DEPARTAMENTAL - DAPD GERENCIA DE INVERSIÓN PÚBLICA Y BANCO DE PROYECTOS DEL DEPARTAMENTO DEL META

En cumplimiento del Numeral 3.4.1.3 del Artículo 3° del Decreto 0460 de 2012 y el Artículo 20 del Decreto 032 de 2015,

Certifica que el Proyecto:

ELABORACIÓN DE ACCIONES PARA DIVULGAR Y PROMOCIONAR LA GESTIÓN DEL GOBIERNO DEL META

Se encuentra registrado en el Banco de Programas y Proyectos de Inversión Departamental BPPID bajo el número: **2023005500277**

Observaciones: PROYECTO POAI-2024- AJUSTADO MEDIANTE DECRETO 462 DE 2023.

En la fecha 09 de abril de 2024, la Unidad Ejecutora ***SECRETARÍA DE COMUNICACIONES*** ha solicitado certificación de Banco de Programas y Proyectos para ejecución de recursos, conforme a la siguiente información:

Estructura del Plan de Desarrollo "***Hagamos Grande al Meta 2020-2023***":

DIMENSIÓN 4. HAGAMOS GRANDE AL META MÁS SEGURO Y CON GOBERNANZA.	SECTOR 23: COMUNICACIONES.	2302 Programa 2. Fomentar el desarrollo de aplicaciones, software y contenidos para impulsar la apropiación de las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (TIC) en el Departamento del Meta .	Componente Constitutivo: Comunicaciones Al Servicio de la Gente.	Meta 2. Crear y ejecutar el plan estratégico de comunicaciones para posicionar la imagen del Gobierno departamental, mantener informada a la comunidad y generar confianza en la entidad. .

1.Actividad o componente a ejecutar: *Actividad 4: Promover la divulgación de las acciones en medios de comunicación locales y nacionales.*

Objeto del gasto: *Promoción y difusión de la gestión de la Gobernación del Meta, así como oferta institucional que brinda el Gobierno Departamental en el Meta, a través de un medio de comunicación digital .*

Valor: $18,000,000.00.Fuente de Financiación: 20 Ingresos Corrientes de Libre Destinacion

Certificación expedida en la ciudad de Villavicencio, en la fecha: 09 de abril de 2024

JEIMMY LISSED MOLANO MORENO
Gerente de Inversión Pública y Banco de Proyectos

Elaboro: LUIS ALFONSO GOMEZ BONILLA

DEPARTAMENTO DEL META NIT. 892.000.148-8	CERTIFICADO DEL SUPERVISOR AUTORIZANDO PAGO	CÓDIGO:	F-BS-16
		VERSIÓN:	05

Contrato No. y Fecha:	1098 del 10 de mayo de 2024		
Contratista: (Persona natural o jurídica que figura en el contrato.)	Carlos Alberto Velásquez Díaz	**NIT/C.C.**	86.076.976
Representante Legal: (Soló para persona jurídica)	N/A	**C.C.**	N/A
Supervisor:	María Jimena Rivera Martínez	c.c.	40.399.601
Objeto: (Transcribir del contrato)			
Promoción y difusión de la gestión de la Gobernación del Meta, así como oferta institucional que brinda el Gobierno Departamental en el Meta, a través de un medio de comunicación digital.			
Valor inicial del contrato: (Letras y Números)	**Dieciocho millones de pesos moneda corriente ($18.000.000)**		
Término Inicial de Ejecución:	Cuatro (4) meses		
Fecha de Inicio según Acta de Inicio:	16/05/2024	**Fecha Finalización según Acta de Inicio:**	15/09/2024

Modificaciones (Adiciones, Prórrogas, Suspensiones, Cesiones, Reinicios, Reducciones y Otras)			
Tipo de Modificación **Adición** (Sumar) Reducción (Restar)	**Valor de la Modificación** (Cuando Aplique)	**Fecha de expedición del documento.**	**Tiempo de Modificación** (Cuando Aplique)
N/A	N/A	N/A	N/A
Total del Valor de la Modificación	N/A	N/A	N/A
*Si no existen modificaciones coloque valores en ceros y demás casillas N/A **Inserte filas si requiere			

Término Total de Ejecución: (Inicial +/- modificaciones)	N/A	**Fecha Finalización:** (Inicial +/- modificaciones)	N/A
Valor total del contrato +/- las modificaciones: (Letras y Números)	N/A		
*Diligencie sólo si existen modificaciones, de lo contrario N/A Realice la sumatoria del valor inicial y las modificaciones en valores aun cuando sea cero (0), al igual que el término de ejecución y Fecha de Finalización **Inserte filas si requiere			

Forma de Pago: (Transcribir del contrato)					
El Departamento del Meta desembolsará los dineros presupuestados para la presente contratación de la siguiente manera: PAGOS: La Gobernación del Departamento del Meta pagará al contratista el valor de la ejecución del contrato así: Cuatro (4) mensualidades vencidas de igual valor por la publicación de dos (2) banner fijo de 720x90 pixeles ubicado en la parte superior derecha de la página de inicio del portal web, con vínculo directo a la página de la Gobernación del Meta, (www.meta.gov.co), transmisión en vivo de dos (2) eventos, entrevista y/o ruedas de prensa a través de una red social. Redacción y difusión de cuatro (4) noticias a través de la página web y sus redes sociales. Difusión de siete (7) boletines electrónicos a través de la página web y sus redes sociales. Emisión de ocho (8) cuñas a través de la emisora online del mismo portal web, por mes. Para cada pago se requiere previa certificación de cumplimiento por parte del supervisor del mismo y acreditación de que se encuentra a paz y salvo con los aportes al Sistema Integral de Seguridad Social.					
Contrato Inicial, Registro Presupuestal:					
Número y Fecha:	4632 del 14/05/2024	**Inversión**	X	**Funcionamiento**	N/A

DEPARTAMENTO DEL META NIT. 892.000.148-8	CERTIFICADO DEL SUPERVISOR AUTORIZANDO PAGO	CÓDIGO:	F-BS-16
		VERSIÓN:	05

Rubro presupuestal:	0301-2.3.23.2302.0400.002.2.3.2.02.02.008-20
Valor: (Letras y Números)	**Dieciocho millones de pesos moneda corriente ($18.000.000)**

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

Obligaciones Generales del Contratista: (Transcribir del Estudio Previo)

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/o 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, 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 del mismo.
13. Publicar en página Secop II, todos los documentos y actuaciones que hagan parte de la ejecución de los pagos mensuales y/o acta finalización correspondiente.

Obligaciones Específicas del Contratista: (Transcribir del Estudio Previo)

1. Realizar para cada mes la publicación de dos (2) banner fijo de 720x90 pixeles ubicado en la parte superior derecha de la página de inicio del portal web, con vínculo directo a la página de la Gobernación del Meta, (www.meta.gov.co), durante 4 meses, con información institucional del Gobierno Departamental. Dos banner diferentes por mes.
2. Realizar para cada mes la emisión de dos (2) transmisiones en vivo de eventos, entrevista y/o ruedas de prensa a través de una red social, con información institucional del gobierno departamental.
3. Realizar para cada mes la redacción y difusión de cuatro (4) noticias a través de la página web y sus redes sociales, con información institucional del gobierno departamental.
4. Realizar para cada mes la publicación de siete (7) boletines electrónicos a través de la página web y sus redes sociales, con información institucional del gobierno departamental.
5. Realizar para cada mes de la emisión de ocho (8) cuñas a través de la emisora online del mismo portal web, con información institucional del gobierno departamental.
6. Coordinar con el supervisor la entrega del material con información institucional del gobierno departamental que será publicado. Dicho material será producido por la Secretaría de Comunicaciones.

DEPARTAMENTO DEL META NIT. 892.000.148-8	CERTIFICADO DEL SUPERVISOR AUTORIZANDO PAGO	CÓDIGO:	F-BS-16
		VERSIÓN:	05

7. Presentar informe tanto en físico como en medio magnético de las actividades donde se relacione el material difundido, fecha de publicación de cada pieza y soporte, cinco (5 días después de haberse cumplido el respectivo período.
Modificaciones y/o Adiciones:
N/A

Periodo de Pago:	Del	16/05/2024		Al	15/06/2024				
Tipo de Pago:	Anticipo		Parcial	X	Final		No. de Pago	01	

No. de Comprobante de Entrada a Almacén: (Contratos cuando se requiera ingreso a almacén)	**N/A**
No. de Comprobante de Salida a Almacén: (Contratos cuando se requiera instalación de bienes)	**N/A**

Valor Total Autorizado a Pagar	
Valor Total Autorizado a Pagar (Letras Máximo 2 Decimales)	**Cuatro millones quinientos mil pesos mcte ($4.500.000)**

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
4632	0301-2.3.23.2302.0400.002.2.3.2.02.02.008-20	83635	$4.500.000
Valor Total Autorizado a Pagar (números máximo 2 decimales)			**$4.500.000**

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

Lugar donde se suministra los bienes o se presta el Servicio:	
En el municipio de Villavicencio.	
Municipio	**Valor**
Villavicencio	$4.500.000
Valor Total Autorizado a Pagar (números máximo 2 decimales)	**$4.500.000**

Nota: Incluir filas adicionales si se requiere.
Discriminar el valor para cada municipio en proporción a lo ejecutado del contrato para el periodo de pago.
Esta información es para determinar retenciones aplicables a título del impuesto de industria y comercio.

Anticipo (Letras y Números máximo 2 Decimales)			**N/A**
Porcentaje:	N/A	**Observaciones:**	N/A

Amortización del Anticipo

Concepto	Valor Facturado	% Contrato Facturado	Saldo Contrato	Amortización Anticipo	% Anticipo Amortizado	Saldo Anticipo
Valor Inicial	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Parcial 1	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Parcial 2	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

Parcial n	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Parcial n	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Total	**N/A**	N/A	N/A	**N/A**	N/A	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	$4.500.000	16/05/2024	15/06/2024	25%
Saldo del Contrato Pendiente por Ejecutar	$13.500.000	16/06/2024	15/09/2024	75%
Valor Total del Contrato Inicial	**$18.000.000**	**16/05/2024**	**15/09/2024**	**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**	
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	**$18.000.000**

Pago de Seguridad Social (Persona Natural)	**Datos**			
Periodo Cotizado	**Mayo 2024**	**Junio 2024**	**Julio 2024**	**Agosto 2024**
Número de Planilla	**79637208**	**79637253**	**79751170**	**79775649**
IBC (Ingreso Base de Cotización)	**$960.000**	**$1.800.000**	**$1.800.000**	**$1.800.000**
Valor pagado a SALUD	$126.200	$231.900	$226.200	$225.000
Valor pagado a PENSIÓN	$161.500	$296.900	$289.500	$288.000
Valor pagado a ARL	$5.400	$9.700	$9.500	$9.400
Valor pagado a FSP	N/A	N/A	N/A	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				

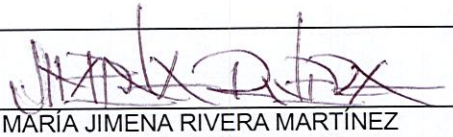
DEPARTAMENTO DEL META NIT. 892.000.148-8	CERTIFICADO DEL SUPERVISOR AUTORIZANDO PAGO	CÓDIGO:	F-BS-16
		VERSIÓN:	05

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 agosto de 2024.

Cordialmente,



MARÍA JIMENA RIVERA MARTÍNEZ
Profesional Universitario
Supervisora

Villavicencio, 29 de agosto de 2024

CUENTA DE COBRO No. 01

GOBERNACIÓN DEPARTAMENTO EL META
NIT.: 892.000.148-8

DEBE A:

CARLOS ALBERTO VELÁSQUEZ DÍAZ
CC. 86.076.976 de Villavicencio

LA SUMA DE: Cuatro millones quinientos mil pesos mcte ($4.500.000)

OBJETO DEL CONTRATO: Promoción y difusión de la gestión de la Gobernación del Meta, así como oferta institucional que brinda el Gobierno Departamental en el Meta, a través de un medio de comunicación digital.

No. DE CONTRATO: 1096 de 2024 Prestación de Servicios

PERIODO: Del 16/05/2024 al 15/06/2024.

LUGAR DE EJECUCIÓN: En el municipio de Villavicencio.

Municipio	Valor Total
Villavicencio	$ 4.500.000
Total	**$ 4.500.000**

Atentamente,

CARLOS ALBERTO VELÁSQUEZ DÍAZ
CC. 86.076.976 de Villavicencio

DIRECCIÓN: Carrera 47c # 10b-37 - CELULAR: 3203105288–
EMAIL: villavicenciodiaadia@gmail.com

ACTA DE INICIO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. 1098 DEL AÑO 2024 CELEBRADO ENTRE EL DEPARTAMENTO DEL META Y CARLOS ALBERTO VELASQUEZ DÍAZ

Contrato No.:	1098 DEL 10 DE MAYO DE 2024		
Registro Presupuestal:	4632 DEL 14 DE MAYO DE 2024		
Contratista:	CARLOS ALBERTO VELASQUEZ DÍAZ	Nit./c.c.	86.076.976 de Villavicencio
Representante Legal:	N/A	c.c.	N/A
Supervisor:	MARÍA JIMENA RIVERA MARTÍNEZ	c.c.	40.399.601 de Villavicencio
Objeto: Promoción y difusión de la gestión de la Gobernación del Meta, así como oferta institucional que brinda el Gobierno Departamental en el Meta, a través de un medio de comunicación digital.			
Valor total del contrato: (Letras y Números)	DIECIOCHO MILLONES DE PESOS MONEDA CORRIENTE ($18.000.000)		
Término de ejecución:	CUATRO (4) MESES		
Fecha Inicio:	16/05/2024	Fecha Finalización:	15/09/2024

En la ciudad de Villavicencio, **MARÍA JIMENA RIVERA MARTÍNEZ,** supervisora delegada identificada con cédula de ciudadanía número 40.399.601 de Villavicencio, y **CARLOS ALBERTO VELASQUEZ DÍAZ** identificado con cédula de ciudadanía número 86.076.976 de Villavicencio, suscriben la presente acta de inicio, previa verificación de todos los documentos y requisitos legales.

De conformidad con lo establecido en el contrato se decide fijar el día 16 de mayo de 2024, como fecha de inicio del contrato citado.

En constancia firman:

CARLOS ALBERTO VELASQUEZ DÍAZ	**MARÍA JIMENA RIVERA MARTÍNEZ**
Contratista	Supervisora

Firma:	
Nombre:	Pamela Acuña Chain
Cargo:	CPS Comunicaciones
Proyectó	

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.

1098

COMUNICADO DE ACEPTACIÓN DE LA OFERTA No DEL AÑO 2024
(Decreto 1082 de 2015 Articulo 2.2.1.2.1.5.2)

Villavicencio, 10 MAY 2024

Señor
CARLOS ALBERTO VELASQUEZ DIAZ
C.C. 86076976
CR 47C 10 B - 37 - Esperanza
Villavicencio - Meta
Cel. 3203105288

Referencia: Aceptación oferta Mínima Cuantía No. **GCSJ-MC-010-2024**

El Departamento del Meta, en desarrollo del proceso de contratación por la modalidad de Selección de Mínima Cuantía **GCSJ-MC-010-2024**, procede con el presente documento a aceptar la oferta presentada por usted en la plataforma del Secop II.

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 suscrito **LEIDY SANCHEZ LOAIZA** identificado con cédula de ciudadanía número 40.218.856 de Villavicencio en calidad de Secretario de Comunicaciones, nombrado mediante Decreto No. 011 del 02 de enero de 2024 y posesionado según consta en el Acta No.007 de fecha 02 de enero de 2024, facultado para contratar en nombre y representación del Departamento del Meta mediante Decreto No. 275 del 22 de mayo de 2020, teniendo en cuenta la evaluación jurídica, técnica y económica realizada por el comité asesor y evaluador designado mediante acto administrativo de fecha 03 de mayo de 2024, 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: **"Promoción y difusión de la gestión de la Gobernación del Meta, así como oferta institucional que brinda el Gobierno Departamental en el Meta, a través de un medio de comunicación digital"**

Aceptar la oferta que se relaciona a continuación:

Contratista:	**CARLOS ALBERTO VELASQUEZ DIAZ**	CC.	**86076976**
Objeto del contrato:			
"Promoción y difusión de la gestión de la Gobernación del Meta, así como oferta institucional que brinda el Gobierno Departamental en el Meta, a través de un medio de comunicación digital".			
Valor total del contrato:	**DIECIOCHO MILLONES DE PESOS MONEDA CORRIENTE ($18.000.000).**		
Término de ejecución:	CUATRO (4) MESES		

SECOP II

COMUNICADO DE ACEPTACIÓN DE LA OFERTA No 1098 DEL AÑO 2024
(Decreto 1082 de 2015 Articulo 2.2.1.2.1.5.2)

No. CDP	FECHA EXPEDICIÓN	TRAZADO R	CPC	RUBRO PRESUPUESTAL	Situación (SSF – CFF aplica solo regalías)	VALOR CDP	VALOR A EJECUTAR
1595	19/04/2024	N/A	83635	0301-2.3.23.2302.0400.002.2.3.2.02.02.008-20	N/A	$18.000.000	$18.000.000
	TOTALES					$18.000.000	$18.000.000

FORMA DE PAGO: El Departamento del Meta desembolsará los dineros presupuestados para la presente contratación de la siguiente manera:

1. **PAGOS:** La Gobernación del Departamento del Meta pagará al contratista el valor de ejecución del contrato así: **Cuatro (4) mensualidades vencidas de igual valor** *por la publicación de dos (2) banner fijo de 720X90 pixeles ubicado en la parte superior derecha de la página de inicio del portal web, con vínculo directo a la página web de la Gobernación del Meta www.meta.gov.co, transmisión en vivo de dos (2) eventos, entrevista y/o ruedas de prensa a través de una red social. Redacción y difusión de cuatro (4) noticias a través de la página web y sus redes sociales. Difusión de siete (7) boletines electrónicos a través de la página web y sus redes sociales, emisión de ocho (8) cuñas a través de la emisora online del mismo portal web*, por mes. Para cada pago se requiere previa certificación de cumplimiento por parte del supervisor del mismo y acreditación de que se encuentra a paz y salvo con los aportes al Sistema Integral de Seguridad Social.

TÉRMINO Y LUGAR DE EJECUCIÓN. El contrato tendrá un término de ejecución de **CUATRO (4) MESES**, contados a partir de la firma del Acta de Inicio, previo el cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y legalización;

EL LUGAR de ejecución del presente contrato será en el Municipio de Villavicencio- Meta.

SUPERVISIÓN: El Departamento del Meta ejercerá la supervisión del presente contrato, a través de la **SECRETARIA DE COMUNICACIONES** o quien este delegue, la 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/o liquidación si se requiere.
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 N. 075 de 2021 por medio de la cual se adopta el Manual de Contratación, Interventoría y Supervisión del Departamento del Meta.
8. El supervisor deberá entregar en medio magnético la información de todo el proceso precontractual, contractual y post contractual hasta la liquidación, (aplica para Licitaciones, Selecciones Abreviadas y Concurso de Méritos).
9. Publicar en página Secop II, todos los documentos y actuaciones que hagan parte de la ejecución y liquidaciones del proceso.

SECOP II

COMUNICADO DE ACEPTACIÓN DE LA OFERTA No 1093 DEL AÑO 2024

(Decreto 1082 de 2015 Articulo 2.2.1.2.1.5.2)

GARANTÍAS: EL CONTRATISTA: Justificación de no exigencia de garantías. La Administración Departamental del Meta, teniendo en cuenta que la ley otorga la facultad al ejecutivo de exigir o no en la modalidad de mínima cuantía el otorgamiento de pólizas del cumplimiento, considerando el monto del proceso y que el futuro contratista debe contar con trayectoria, opta por no exigir la constitución del cumplimiento, Art. 2.2.1.2.1.5.4 decreto 1082 del 2015.

Por lo anterior y con base en el análisis de riesgos sustentado en el estudio previo y en razón a que los pagos se realizarán por mensualidades vencidas y además se exigirá al contratista la presentación de informes mensuales en la ejecución del contrato, se considera que no existe riesgo para el ente gubernamental que amerite la exigencia de garantías.

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

V.B. PARA PUBLICAR EN SECOP II 10 MAY 2024

JUAN PABLO REYES G.

LEIDY SANCHEZ LOAIZA	**JUAN PABLO REYES GONZALEZ**
Secretaria de Comunicaciones del Departamento del Meta	Vo. Bo. Para Publicación en Secop II Gerente de Asuntos Contractuales

Firma:		Firma:	
Nombre:	Pamela Acuña Chaín	Nombre:	Javier Felipe Méndez Rodríguez
Cargo:	Profesional de apoyo	Cargo:	Abogado Comunicaciones
Proyectó		Revisó	

SECOP II

DEPARTAMENTO DEL META
GERENCIA DE PRESUPUESTO
RECIBI:
FECHA: 11 MAYO 2024
HORA: 10:38

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario 141099606186

(415)7707212489984(8020) 000014109960618 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
8 6 0 7 6 9 7 6	2	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	86076976	

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

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
VELASQUEZ	DIAZ	CARLOS	ALBERTO

35. Razón social

36. Nombre comercial: VILLAVICENCIO DÍA A DÍA

37. Sigla:

UBICACIÓN

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

41. Dirección principal: CR 47 C 10 B 37 BRR ESPERANZA II ETAPA

42. Correo electrónico: betovedi@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 2 0 3 1 0 5 2 8 8	6 6 3 4 7 3 0

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

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

Responsabilidades, Calidades y Atributos

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26

53. Código 5 2 2 4 9

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

22- Obligado a cumplir deberes formales a

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

54. Código

11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

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 2024 - 08 - 06 / 18 : 00: 47

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 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

985. Cargo

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

DEPARTAMENTO DEL META
NIT. 892.000.148-8

RESOLUCIÓN No. 045 DE 2024
"Por medio de la cual se nombra un supervisor"

LA SECRETARÍA DE COMUNICACIONES DE LA GOBERNACIÓN DEL META
En uso de sus facultades legales

Que se hace necesario nombrar un supervisor dependiente de la Secretaría de Comunicaciones, para que actúe como supervisor del contrato No. **1098** de **2024**, celebrado entre el departamento del Meta y **Carlos Alberto Velásquez Díaz**, identificado con número de cédula **86.076.976 de Villavicencio.**

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: Asignar a la profesional **María Jimena Rivera Martínez**, identificada con cédula de ciudadanía No. **40.399.601** expedida en Villavicencio, para que actúe como supervisora del contrato No.**1098** de **2024** cuyo objeto es **Promoción y difusión de la gestión de la Gobernación del Meta, así como oferta institucional que brinda el Gobierno Departamental en el Meta, a través de un medio de comunicación digital.**

ARTICULO SEGUNDO: El Supervisor tendrá entre sus funciones:

- Rendir informes escritos los cuales deben contener el resumen del desarrollo del contrato.
- Suscribir Actas de Inicio, Finalización y/o Liquidación del contrato.
- Informar oportunamente a la Secretaría Jurídica cualquier anomalía o incumplimiento por parte del contratista.
- 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.
- Dar cumplimiento a la Ley 594 del 2000 (Ley General de Archivo).
- Dar cumplimiento al Decreto No. 075 del 1 de marzo de 2021 por medio de la cual se adopta el Manual de Contratación, Supervisión e Interventoría del Departamento del Meta.
- Publicar en la plataforma electrónica del SECOP todos los documentos del proceso que hacen parte integral de la etapa contractual y postcontractual.
- Allegar de manera oportuna, dentro de los cinco (5) días siguientes a la suscripción del acta de inicio la información requerida por la plataforma SIA OBSERVA para su publicación.
- El supervisor deberá responder por la calidad y veracidad de la información reportada en las plataformas electrónicas (SECOP y SIA OBSERVA), así como, en el expediente físico que reposa en el Archivo de Gestión de la Gerencia de Asuntos Contractuales, en las diferentes etapas del proceso hasta su finalización y/o liquidación.

ARTICULO TERCERO: 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).

PARÁGRAFO: Copia de la presente resolución reposará en la Secretaría de Comunicaciones para los fines pertinentes.

COMÚNIQUESE Y CUMPLASE:

Dado en Villavicencio, Meta, a los dieciséis (16) días del mes de mayo de 2024.

LEIDY SÁNCHEZ LOAIZA
Secretaria de Comunicaciones

Proyectó: Pamela Acuña

Certificado
Bancario

Miércoles, 15 de mayo de 2024

Señor(a)
A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que CARLOS ALBERTO VELASQUEZ DIAZ identificado(a) con CC 86076976, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	84406155837	2020/01/11	CXC PENDIENTES

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (60-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (60-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (60-5) 361 88 88 - Cali - Local: (60-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

Bancolombia

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	86076976	CARLOS ALBERTO VELASQUEZ DIAZ	Cra 47c #10b-37	6634730	betovedi@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		META	VILLAVICENCIO		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-05	2024-05	I	28/08/2024	79637208	$293.100	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	120.000	0		0		0	68	6.200	0	126.200	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	153.600	0	0	0	0	68	7.900	0	161.500	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	5.100				5.100	68	300	5.400			51	5.400	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	68	0	0	0
ICBF				
0	68	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	120.000	126.200
Pensión	1	153.600	161.500
Riesgos Laborales	1	5.100	5.400
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	278.700	293.100

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	86076976	CARLOS ALBERTO VELASQUEZ DIAZ	Cra 47c #10b-37	6634730	betovedi@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		META	VILLAVICENCIO		SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2024-05	2024-05	I	28/06/2024	79637208	$293.100

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES													PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cotizante estudiante	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	COTIZACIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	86076976	VELASQUEZ DIAZ CARLOS ALBERTO	59	0			N	X															230201	960.000	153.600	0	0	0	0	EPS005	960.000	120.000	14-23	960.000	1	5.100		0	0	0	0	0	0	0

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	86076976	CARLOS ALBERTO VELASQUEZ DIAZ	Cra 47c #10b-37	6634730	belovedi@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		META	VILLAVICENCIO		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-08	2024-08	I	28/08/2024	79637253	$538.500	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	225.000	0		0		0	41	6.900	0	231.900	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	288.000	0	0	0	0	41	8.900	0	296.900	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	9.400				9.400	41	300	9.700			94	9.700	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	41	0	0	0
ICBF				
0	41	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	225.000	231.900
Pensión	1	288.000	296.900
Riesgos Laborales	1	9.400	9.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	522.400	538.500

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	86076976	CARLOS ALBERTO VELASQUEZ DIAZ	Cra 47c #10b-37	6634730	betovedi@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		META	VILLAVICENCIO		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-06	2024-06	I	28/08/2024	79637253	$538.500	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	ISC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	ISC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	ISC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	ISC CCF	Aporte CCF	ISC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	86076976	VELASQUEZ DIAZ CARLOS ALBERTO	59	0			N							X									230201	1.800.000	288.000	0	0	0	0	EPS005	1.800.000	225.000	14-23	1.800.000	1	9.400		0	0	0	0	0	0	0

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	86076976	CARLOS ALBERTO VELASQUEZ DIAZ	Cra 47c #10b-37	6634730	betovedi@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		META	VILLAVICENCIO		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-07	2024-07	I	28/08/2024	79751170	$525.200	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	225.000	0		0		0	7	1.200	0	226.200	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	288.000	0	0	0	0	7	1.500	0	289.500	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	9.400				9.400	7	100	9.500			94	9.500	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	7	0	0	0
ICBF				
0	7	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	225.000	226.200
Pensión	1	288.000	289.500
Riesgos Laborales	1	9.400	9.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	522.400	525.200

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	86076976	CARLOS ALBERTO VELASQUEZ DIAZ	Cra 47c #10b-37	6634730	betovedi@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		META	VILLAVICENCIO		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-07	2024-07	I	28/08/2024	79751170	$525.200	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	86076976	VELASQUEZ DIAZ CARLOS ALBERTO			N																	230201	1.600.000	286.000	0	0	0	0	EPS005	1.600.000	225.000	14-23	1.600.000	1	9.400		0	0	0	0	0	0	0

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	86076976	CARLOS ALBERTO VELASQUEZ DIAZ	Cra 47c #10b-37	6534730	betovedi@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		META	VILLAVICENCIO		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-08	2024-08	I	28/08/2024	79775649	$522.400	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	225.000	0		0		0	0	0	0	225.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	288.000	0	0	0	0	0	0		288.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	9.400				9.400	0	0	9.400			94	9.400	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	225.000	225.000
Pensión	1	288.000	288.000
Riesgos Laborales	1	9.400	9.400
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	522.400	522.400

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	86076976	CARLOS ALBERTO VELASQUEZ DIAZ	Cra 47c #10b-37	6634730	betovedi@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		META	VILLAVICENCIO		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-08	2024-08	I	28/08/2024	79775649	$522.400	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES												PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cotiz. exterior	Extranjero	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	86076976	VELASQUEZ DIAZ CARLOS ALBERTO	59	0			N																	230201	1.800.000	288.000	0	0	0	0	EPS005	1.800.000	225.000	14-23	1.800.000	1	9.400		0	0	0	0	0	0	0

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

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **CARLOS ALBERTO VELASQUEZ DIAZ** identificado con **CC** No. **86076976**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
DEPARTAMENTO DEL META - NI. 892000148	**Fecha de inicio de cobertura:** 21/05/2024 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 16/05/2024 **Fecha fin de Contrato:** 15/09/2024 **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 1

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prorroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal **www.positivaenlinea.gov.co**, para continuar con la cobertura.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202401018585179.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 29 días del mes de agosto de 2024.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

GIS 4.1.3 FRIS v. 07