Proceso de Gestión a la Contratación
FORMATO ÚNICO PARA RECONOCIMIENTO Y PAGO DE CUENTAS

N° de Orden de Compra o Contrato:	1643		VIGENCIA:	2024	**SECOP I**		**SECOP II**	x	TVEC		
Contratista:	FABIAN HUMBERTO BEDOYA TORRES					**Identificación**		1121865809			
N° de RP	4126					**Vigencia del RP**		2024			
Tipo de pago:	Anticipo		Parcial	X	Final						
Número de pago:	01		**Periodo de Pago:**		Del	13-09/2024		Al	12-10/2024		

N.	Documento (Marcar con X los documentos que aplican al pago, los que no con N/A)	Financiera/ SECOP II	Contratación/ SIA
Documentos generales para trámite cuentas de cobro para todos los periodos de pago			
1	Viabilidad de Pago Supervisor/Interventor - **Formato 1010-F-GCT-175** (Aplica para todos los contratos con excepción de los de Prestación de Servicios Profesionales y Apoyo a la Gestión. (Va en todos los periodos de pago del contrato))	N/A	
2	Certificado de Cumplimiento de Requisitos para Pago - **Formato 1010-F-GCT-157** (Aplica para cuentas con liquidación y en la terminación de cuentas de Contratos de Prestación de Servicios Profesionales y de Apoyo a la Gestión donde el Ordenador de Gasto son las Secretarías. Según el artículo primero de la Resolución 254/2022).	N/A	
3	Cuenta de Cobro Formato **1652-F-GCO-13 o Factura Electrónica** (Según responsabilidades Tributarias RUT)	X	
4	Certificación Bancaria (Todos los pagos incluido anticipos)	X	
5	Copia Registro Presupuestal (Todos los pagos incluido anticipos)	X	
6	Copia Contrato (Primer Pago) / Adiciones / Modificaciones / Prorrogas (Cuando aplique)	X	
7	Acta de Inicio (Adjuntar en cuentas de Anticipos o Primer pago)	X	
8	Informe de Supervisor o Interventor: • Para cuentas de prestación de servicios profesionales y apoyo a la gestión, utilizar formato único: **1010-F-GCT-151** • Para cuentas de contratos de interventoría diferentes a obra utilizar el formato **1010-F-GCT-21** y para contratos de interventoría de obra utilizar el formato: **1010-F-GCT-69** • Para cuentas de órdenes de compra de TVEC, utilizar el formato: **1010-F-GCT-142** • Para cuentas de contratos diferentes a los anteriores utilizar el formato: **1010-F-GCT-22**	X	
9	Informe del Contratista (adjuntar soportes de ejecución de acuerdo a las actividades establecidas en el contrato) • Para cuentas de Prestación de Servicios Profesionales y Apoyo a la Gestión está incluido en formato único: **1010-F-GCT-151** • Para contratos diferentes a Prestación de Servicios Profesionales y Apoyo a la Gestión, deberá realizarse en formatos propios del contratista.	X	
10	Soporte Paz y Salvo de Seguridad Social y parafiscales, según aplique: • **Persona Natural:** Planilla Integrada en la que conste el pago del aporte y el IBC • **Trabajadores Independientes por cuenta propia o con contrato diferente a Prestación de Servicios:** Planilla Integrada en la que conste el pago del aporte y el IBC según aplique esquema de presunción de costos según normatividad vigente. • **Persona Jurídica:** Certificado con firma original, 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 seis (6) meses, anexando Tarjeta Profesional, Cédula de Ciudadanía y Antecedentes de la profesión vigentes del Revisor Fiscal (Ley 789 de 2002 Art. 50, Ley 828 de 2005 Art. 1, Ley 1150 de 2007 Art. 32.	X	
11	Copia del RUT (Fecha de generación de impresión menor a 30 días)	X	
12	Declaración de pertenencia a cédula fiscal (Declarante o NO de Renta) -**Formato 1652-F-GCO-11** (Personas naturales)	X	
13	Certificado de dependencia económica **Formato 1652-F-GCO-14** (Personas naturales)	X	
14	Certificado de distribución de recursos **Formato 1010-F-GCT-113** (Solo aplica para contratos con RP con más de un rubro de fuentes de financiación)	N/A	
Documentos adicionales a los generales, para cuentas de cobro de Anticipos			
15	Designación de Supervisión o Interventoría y copia del Acta Inicio del Contrato de Interventoría (si aplica)	N/A	
16	Acta de Plan de Inversión y Manejo de Anticipo, formato (**1010-F-GCT-102**)	N/A	
17	Reprogramación ajustada a fecha de Acta de Inicio	N/A	
18	Copia contrato encargo fiduciario y certificación constitución encargo fiduciario (Si aplica)	N/A	

N.	Documento (Marcar con X los documentos que aplican al pago, los que no con N/A)	Financiera/ SECOP II	Contratación/ SIA
Documentos adicionales cuentas de cobro Contratos de Suministro,Compraventa de Bienes Inmuebles y Muebles			
19	Acta de recibo de suministro **1010-F-GCT-32** (contrato de Suministro, Compraventa de Bienes Inmuebles/Muebles) (Original para contratación, copia para financiera)	N/A	
20	Entrada de Almacén Municipal (Original para contratación, copia para financiera)	N/A	
Documentos adicionales a los generales, para cuentas parciales y finales de obra e interventoría			
21	Acta anexa de pago parcial para contratos de obra, interventoría y suministro **(1010-F-GCT-109)**	N/A	
22	Acta de Pago Parcial **(1010-F-GCT-81)** (obra)	N/A	
23	Acta de Pago Parcial **(1010-F-GCT-108)** (interventoría)	N/A	
24	Memoria de cálculo **(1010-F-GCT-70)**	N/A	
25	Registro fotográfico **(1010-F-GCT-71)**	N/A	
26	Planos firmados por las partes	N/A	
27	Estudios de suelos (si aplica)	N/A	
28	Acta de terminación de contrato de obra e interventoría **(1010-F-GCT-129)**	N/A	
29	Acta de Recibo final del contrato de obra **(1010-F-GCT-33)**	N/A	
30	Acta de liquidación de anticipo **(1010-F-GCT-111)** con soportes, consignación de intereses generados y certificación de Tesorería	N/A	
31	Acta de liquidación contrato obra **(1010-F-GCT-14)**	N/A	
DOCUMENTOS ADICIONALES PARA ÚNICO O ÚLTIMO PAGO DIFERENTE DE OBRA			
32	Certificado de cámara de comercio con fecha de expedición no mayor a 30 días, para cuentas con terminación y/o liquidación (Cuando aplique)	N/A	
33	Acta de Terminación según aplique, (Debe ser publicada en SECOP por el supervisor). • Para contratos de prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión **(1010-F-GCT-66)** • Para contratos de arrendamiento, suministros y otros de prestación de servicios **(1010-FGCT-20)**	N/A	
34	Copia de la Certificación Contractual firmada por el ordenador del gasto **(1010-F-GCT-152).** (Aplica para todos los contratos debe estar publicada en SECOP II, en el módulo de ejecución del contrato.)	N/A	
35	Acta de Liquidación **1010-F-GCT-31** (Aplica para contratos no descritos en los puntos anteriores)	N/A	
36	Formato evaluación del desempeño de proveedores **1010-F-GCT-30** (Aplica para todos los contratos)	N/A	

Nota 1	El contratista debe escanear y cargar la documentación relacionada en la columna "Financiera/SECOP II", en la plataforma SECOP II, modulo Ejecución del Contrato - Plan de pagos y verificar estado "enviado a entidad estatal".
Nota 2	El contratista debe escanear y enviar al email siaobserva@villavicencio.gov.co la documentación relacionada en la columna "Contratación/SIA". Cada documento no debe superar 4000 KB de peso. **Los documentos a enviar son**: Cuenta de cobro/factura, informe del supervisor, informe de contratista (con anexos si aplica), acta de terminación y liquidación (cuando aplique), evaluación del proveedor. Cada archivo debe estar identificado en mayúscula, así: "Número del contrato – vigencia – nombre del documento" Ejemplo: 1079-2023 CUENTA DE COBRO
Nota 3	Para los contratos de TVEC, el contratista debe escanear y enviar al email tiendavirtualdelestadocontratacion@villavicencio.gov.co los siguientes archivos: Para publicar en SIA Observa: INFORME SUPERVISOR 1010-F-GCT-142, INFORME CONTRATISTA, FACTURA, ACTA TERMINACIÓN 1010-F-GCT-140 y Para publicar en la TVEC: PAQUETE DE CUENTA PARA CONTRATACIÓN.
Nota 4	El supervisor debe cargar a la SECOP II módulo "Ejecución del contrato -Documentos de Ejecución del Contrato", el respectivo informe de supervisor.
Nota 5	El sello "VoBo" Contabilidad aplica solo para el paquete que se radica en la Secretaría de Hacienda

VoBo SIA Observa	VoBo Archivo	Radicado Contratación	Radicado Contabilidad

Municipio de Villavicencio

CUENTA DE COBRO N. 01 – 2024

Contrato N. 1643 de 2024 – Municipio de Villavicencio

Villavicencio – Meta, 05 de diciembre de 2024

MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO
NIT. 892.099.324 – 3

DEBE A:
FABIAN HUMBERTO BEDOYA TORRES
C.C. 1.121.865.809 de VILLAVICENCIO - META

LA SUMA DE:
$ 4.000.000 (CUATRO MILLONES DE PESOS M/CTE)

Por concepto de "PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA BRINDAR APOYO AL PROYECTO "FORTALECIMIENTO DE LA ESTRATEGIA 4 X 4 AMPLIADA" EN EL MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO-META" en el periodo comprendido entre el 13 de septiembre al 12 de octubre de 2024.

Favor hacer pago a la siguiente cuenta:

Banco: Banco de Bogotá
Tipo de cuenta: Ahorros
N. de cuenta: 364673988
Nombre del titular: Fabián Humberto Bedoya Torres

Fabian Bedoya
Firma

Dirección: Cr 19 2A 38 MZ 2 CS 10
Teléfono: 3212145868
Correo E: fabeto14@gmail.com

Banco de Bogotá

NIt.860.002.964.4
Calle 36 Nº 7-47 Bogotá

REFERENCIA BANCARIA

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que FABIAN HUMBERTO BEDOYA TORRES, identificado(a) con Cedula de ciudadanía número 1.121.865.809 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuentas de Ahorros No. 364673988, abierta/o desde el 12/12/2016.

Se expide en Bogotá el día 3 del mes de Diciembre del año 2024

Firma Autorizada

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

MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO

NIT. 892099324-3

REGISTRO PRESUPUESTAL DE COMPROMISOS

Registro No. 4126

Vigencia: 2.024 **Fecha de Compromiso:** 11 de septiembre de 2024

Beneficiario BEDOYA TORRES FABIAN HUMBERTO **Nit:** 1121865809 - 3

No. C.D.P. : 3397 **Fecha de Expedición del C.D.P.:** 04 de septiembre de 2024 **Con Formalidades Plenas**

Tipo de Compromiso Prestación de Servicios

Contrato: 1643 **Fecha:** 10/09/2024 **Vence:** 31/12/2024

Objeto: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA BRINDAR APOYO AL PROYECTO "FORTALECIMIENTO DE LA ESTRATEGIA 4X4 AMPLIADA EN EL MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO-META"

Cto.Utilidad : SECRETARÍA LOCAL DE SALUD

Identificación Presupuestal	Concepto	Valor
Gastos-Inversión		
0403 - 2 - 3.19.05.0300.023 - 71	BPIN 2020500010292 Fortalecimiento de la estrategia 4x4 ampliada en el municipio de Villavicencio, Meta **Recurso de la Nacion-Destinación Específica** SGP - Salud Publica **Clasificadores** 19051905031-83990-2020500010292-210150001 14.000.000,00 -1.2.4.2.02-21.0-0-19.02.16	14.000.000,00
	Total Compromisos	$14.000.000,00

Programación de Pagos

Mes	Valor
Octubre	$4.000.000,00
Noviembre	4.000.000,00
Diciembre	6.000.000,00
Valor Total Prog.	$14.000.000,00

ALEZANDRA MONCADA GAMBOA
Directora de Presupuesto

Elaboró: MQUINTERO

Municipio de Villavicencio

Proceso de gestión de la contratación
MINUTA CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES
Y DE APOYO A LA GESTIÓN POR INVERSION

CONTRATO	:	**No. 1643 DE 2024**
CONTRATANTE	:	**MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO**
CONTRATISTA	:	**FABIAN HUMBERTO BEDOYA TORRES**
Nº IDENTIFICACIÓN	:	**1,121,865,809 de Villavicencio**
OBJETO	:	**PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA BRINDAR APOYO AL PROYECTO "FORTALECIMIENTO DE LA ESTRATEGIA 4 X 4 AMPLIADA EN EL MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO-META.**
VALOR	:	**CATORCE MILLONES DE PESOS ($14.000.000) MCTE**
PLAZO	:	**TRES (3) MESES Y 15 DIAS**
LUGAR DE SUSCRIPCIÓN	:	**VILLAVICENCIO – META**
FECHA DE SUSCRIPCIÓN	:	**10 de Septiembre de 2024**

Entre los suscritos a saber: **YANED SIERRA CASTRILLON**, identificada con cédula de ciudadanía número 40.392.235 Expedida en **VILLAVICENCIO (META)**, quien actúa en nombre y representación del **MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO (META)**,en su carácter de SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL, nombrada mediante Decreto 1000-24/001 del 02 DE ENERO DE 2024 y Acta de Posesión No. 1100-04.82/004 del 02 de ENERO de 2024, delegada para contratar de conformidad con la Resolución No. 1000-67.20/067 del 16 de Mayo de 2022, modificada por la Resolución Nº 254 del 26 de diciembre de 2022, quien para los efectos del presente contrato se llamará **EL MUNICIPIO**, por una parte, y por la otra **FABIAN HUMBERTO BEDOYA TORRES,** identificado(a) con la cedula de ciudadanía No. **1,121,865,809 de Villavicencio** y **NIT 1,121,885,809,** obrando en nombre propio, quien para efectos del presente contrato se denominará **EL CONTRATISTA**, quien manifiesta bajo la gravedad de juramento que no se encuentra incurso en causal de alguna inhabilidad o de incompatibilidad para contratar, hemos convenido celebrar el presente Contrato de **PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA BRINDAR APOYO AL PROYECTO "FORTALECIMIENTO DE LA ESTRATEGIA 4 X 4 AMPLIADA EN EL MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO-META"**, que se regirá por las cláusulas que adelante se expresan, previas las siguientes consideraciones: 1. Que mediante oficio de fecha 21 de Agosto del 2024, la secretaria de Salud elabora el presupuesto oficial por un valor total de **CATORCE MILLONES DE PESOS ($14.000.000) MCTE**, 2. Que se anexa planilla donde se relacionan las actividades en desarrollo del Proyecto denominado "**FORTALECIMIENTO DE LA ESTRATEGIA 4X4 AMPLIADA EN EL MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO, META"**

registrado con código BPPIM del sistema de seguimiento y evaluación de proyectos, SSEPI N°2020500010290. 3. Que se anexa formato de programación de recursos por fuentes financiación con cargo al proyecto "**FORTALECIMIENTO DE LA ESTRATEGIA 4X4 AMPLIADA EN EL MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO, META**" registrado con código BPPIM del sistema de seguimiento y evaluación de proyectos, SSEPI N°2020500010290. 4. Que el DIRECTOR DE PLANEACIÓN SOCIOECONÓMICA O SECRETARIO DE PLANEACIÓN certifica que el Proyecto: "**FORTALECIMIENTO DE LA ESTRATEGIA 4X4 AMPLIADA EN EL MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO, META**" registrado con código BPPIM del sistema de seguimiento y evaluación de proyectos, SSEPI N°2020500010290, se encuentra registrado en el banco de proyectos. 5. Que se anexa el formato de seguimiento a la programación de las actividades principales con cargo al proyecto " **FORTALECIMIENTO DE LA ESTRATEGIA 4X4 AMPLIADA EN EL MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO, META**" registrado con código BPPIM del sistema de seguimiento y evaluación de proyectos, SSEPI N°2020500010290. 6. Que la Secretaría de salud elabora el listado de actividades a desarrollar. 7. Que el Director de Sistemas certifica que se publicó en la página web del Municipio el Proyecto: "**FORTALECIMIENTO DE LA ESTRATEGIA 4X4 AMPLIADA EN EL MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO, META**" registrado con código BPPIM No. 2020500010290 del sistema de seguimiento y evaluación de proyectos" **FORTALECIMIENTO DE LA ESTRATEGIA 4X4 AMPLIADA EN EL MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO, META**". Que se encuentra publicado en la página web de la Alcaldía. **8.** Que el Jefe de la Oficina de Contratación mediante certificado de fecha 30 de Agosto del 2024, certifica que para el proceso de contratación cuyo objeto es "**PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA BRINDAR APOYO AL PROYECTO "FORTALECIMIENTO DE LA ESTRATEGIA 4 X 4 AMPLIADA EN EL MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO-META "**, se encuentra incluido dentro del Plan Anual de Adquisiciones Vigencia 2024. **9.** Que la SECRETARÍA DE SALUD elaboró el análisis del sector para conocer el sector relacionado con el objeto del presente proceso de Contratación directa. **10.** Que la SECRETARÍA DE SALUD presentó estudio previo modalidad contratación directa cuyo objeto es la "**PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA BRINDAR APOYO AL PROYECTO "FORTALECIMIENTO DE LA ESTRATEGIA 4 X 4 AMPLIADA EN EL MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO-META 11.** Que para la suscripción del presente contrato se cuenta con la Disponibilidad Presupuestal No. 3397 del 4 de Septiembre de 2024 por valor de **CATORCE MILLONES DE PESOS ($14.000.000) MCTE 12.** Que la propuesta presentada por el contratista hace parte integral del presente contrato. 13 Que el interesado allegó a la SECRETARÍA DE SALUD los respectivos documentos necesarios para la contratación y la Hoja de Vida, los cuales harán parte integral del presente contrato. 14 Que el contratista se compromete con la entidad a la ejecución idónea y oportuna del objeto contratado el cual se regirá por las Leyes 80 de 1993, 1150 de 2007 y sus Decretos reglamentarios y por las siguientes cláusulas: **CLAUSULA PRIMERA – OBJETO: "PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA BRINDAR APOYO AL PROYECTO "FORTALECIMIENTO DE LA ESTRATEGIA 4 X 4 AMPLIADA EN EL MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO-META. CLAUSULA SEGUNDA – ALCANCE DEL CONTRATO: EL CONTRATISTA** deberá desarrollar las siguientes actividades:

ITEM	ACTIVIDADES	PRODUCTO	EVIDENCIA
1	Realizar asistencia técnica y/o seguimiento a 3 (3) EAPB (Subsidiado y Contributivo) Programadas en la implementación de la RIAS y sus herramientas operativas para alteraciones de la	EAPB con Desarrollo de Capacidades realizada y _Semaforizado de los hallazgos de las asistencias técnicas de EAPB	Acta de asistencia técnica con compromisos adquiridos y firmas de los participantes y/o informe de seguimiento

	salud bucal y salud auditiva-comunicativa		con los respectivos soportes
2	Realizar asistencia técnica y/o seguimiento mensual 1 IPS de la ESE Municipal y dos (IPS privadas) de la redd prestadores, en la implementación de las RIAS y sus herramientas operativas para alteraciones de la salud bucal y salud auditiva-comunicativa	IPS con Desarrollo de Capacidades realizada y _Semaforizado de los hallazgos de las asistencias técnicas de las IPS Asistidas	Acta de asistencia técnica con compromisos adquiridos y firmas de los participantes y/o informe de seguimiento con los respectivos soportes
3	Organizar con sectores e instituciones las actividades de soy generación más sonriente, y para la celebración de la fecha de la dimensión asociada a los eventos no transmisibles asignados.	Plan de Trabajo formulado y evaluado	Informe Técnico elaborado y reprotado a Salud Departamental
4	Realizar mensualmente el desarrollo de capacidades en salud bucal y auditiva en 5 (cinco) entidades (entorno institucional y laboral)	Capacitaciones realizadas	Formato de actividades educativas, enfoque diferencial en físico y diligenciado, fotos.
5	Paarticipar en el comité semanal de ECNT y Elaborar juntamente con referente y equipo de la Dimensión el cronograma semanal de actividades	Comité realizado	Acta de reunión y cronograma semanal
6	Apoyar y participar en la reunión trimestral del Comité Sectorial de Salud para las ECNT y el Semtestral de Mesa Transectorial	Comité Sectorial de Salud para las ECNT	Acta de reunión y lista de asistencia
7	Realizar apoyo al ajuste y seguimiento del Plan de Acción de la Polftica d eEstilos deVida Saludable-CERS	Informe de avance delPlan de Acción	Informe de la actividad, listado de asistencia
8	Apoyar y liderar la celebración de las Fechas conmemorativs DEL Programa de EVS-ECNT asignado por el supervisor del contrato.	Participación y asistencia	Acta de actividad
9	Desarrollar mensualmente 2 actividades de coordinación intersectorial para el fortalecimiento de la cultura de estilos de vida saludable.	Jornadas realizadas	Informe dela Actividad y lista de Asistencia
10	Participar en el comité semanal de ECNT y Elaborar conjuntamente con referente y equipo de la Dimensión el cronograma semanal de actividades	Comité realizado	Acta de reunión y cronograma semanal
11	Apoyar y participar en la reunión trimestral del Comité Sectorial de Salud para las ECNT y el Semtestral de Mesa Transectorial	Comité Sectorial de Salud para las ECNT	Acta de reunión y lista de asistencia
12	Apoyar las actividades comunitarias que programa la secretaria de salud y las Estrategias PASOS SALUDABLES Y RUTAS	Jornadas realizadas	Formato de enfoque diferencial diligenciado y digitalizado.

	SALUDABLES y RED DE CANCER INFANTIL		
13	Apoyar las actividades del equipo ERI y de brotes que le sean delegadas. Dar cumplimiento a los procedimientos de gestión documental incluido tener al día el reporte en la plataforma control Doc	Evento vigilado. Control doc actualizado	Cuadro ERI, informe o formatos de acciones realizadas. Certificado de entrega al funcionario responsable y/o pantallazo control doc.

CLAUSULA TERCERA – VALOR: Para los efectos fiscales y legales se estima el valor total del presente contrato la suma de **CATORCE MILLONES DE PESOS ($14.000.000) MCTE**, en los términos y cubrimientos presentados en la propuesta, la cual hace parte integral de este contrato. **PARÁGRAFO PRIMERO:** Dentro del valor estipulado, está incluida la totalidad de los costos que demande su ejecución, utilidad del **CONTRATISTA**, costos directos e indirectos relacionados con la prestación del servicio, costos administrativos y demás actividades necesarias para el cumplimiento del objeto contractual. **PARÁGRAFO SEGUNDO:** Todos los impuestos, tasas y contribuciones que surjan del presente contrato, están a cargo del **CONTRATISTA** y por lo tanto el **MUNICIPIO** efectuará las retenciones de ley a que haya lugar. **PARÁGRAFO TERCERO: INDEMNIDAD TRIBUTARIA. EL CONTRATISTA** mantendrá en desarrollo de sus obligaciones indemne al **MUNICIPIO** con todo lo relacionado con las obligaciones tributarias derivadas del contrato. **CLAUSULA CUARTA – FORMA DE PAGO: El MUNICIPIO** pagará al **CONTRATISTA** el presente contrato en Tres (3) mensualidades vencidas cada una por valor de **CUATRO MILLONES DE PESOS ($4.000.000) MCTE** y un último de pago de Quince (15) dias por valor de DOS MILLONES DE PESOS ($2.000.000) MCTE, previo informe de actividades del contratista y la entrega de soportes de pago de seguridad social de conformidad con lo establecido por la ley cuenta de cobro e informe del supervisor de cumplimiento a cabalidad de las obligaciones a cargo del contratista. El último pago se realizará con acta de terminación. **CLAUSULA QUINTA – APROPIACIÓN PRESUPUESTAL:** Los compromisos contractuales que se deriven del presente contrato, serán con cargo al presupuesto de la actual vigencia fiscal del **MUNICIPIO** y se imputaran al código 0403-2-3.19.05.0300.023-71, de la cuenta denominada " **Fortalecimiento de la estrategia 4 x 4 ampliada en el Municipio de Villavicencdio-Meta" de** acuerdo al Certificado de Disponibilidad No **3397** del 4 de Septiembre de 2024. **CLAUSULA SEXTA – TÉRMINO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO:** El término para la ejecución del objeto contratado será de TRES (3) MESES Y 15 DIAS, contados a partir de la firma del acta de inicio. La cual deberá suscribirse dentro de los tres (3) días siguientes a la designación de la supervisión, previa verificación de todos los documentos contractuales. **CLAUSULA SEPTIMA – VIGENCIA DEL CONTRATO:** El contrato tendrá como vigencia el término para la ejecución de la prestación del servicio y CUATRO (04) meses más. **CLAUSULA OCTAVA – VIGILANCIA Y CONTROL DE LA EJECUCIÓN DE ESTE CONTRATO** La vigilancia para el cumplimiento de las obligaciones del **CONTRATISTA**, se hará a través de la Secretaria de Salud o el funcionario que este designe. **CLAUSULA NOVENA – OBLIGACIONES DEL SUPERVISOR.-** En concordancia con lo

estipulado en el capítulo séptimo de la ley 1474 de 2011 el supervisor del presente contrato deberá: 1. Velar por el fiel cumplimiento del alcance que se determina en el presente contrato. 2. Certificar y realizar informe de cumplimiento de las actividades contractuales ejecutadas por el contratista. 3. Allegar a la oficina de contratación acta de inicio, designación de supervisión y documento de afiliación a la ARL por parte del contratista. 4. Allegar a la oficina de contratación mensualmente los informes de supervisión que soporten la ejecución del mismo. 5. Verificar y certificar el cumplimiento mensual del pago de seguridad social por parte del contratista con relación al IBC a cotizar de acuerdo al valor del contrato y el mes pagado. 6. En caso de incumplimiento por parte del contratista deberá requerirlo e informar a la oficina de contratación para tomar las medidas pertinentes. 7. Allegar a la oficina de contratación la actualización de las pólizas para su aprobación que se realicen a causa de una modificación, prorroga, suspensión, adición o reinicio del contrato (si fuere necesario). **CLAUSULA DECIMA: OBLIGACIONES DEL MUNICIPIO:** En cumplimiento del objeto del contrato el Municipio se compromete a: **1)** Suministrar oportunamente la información necesaria para el óptimo desarrollo del contrato. **2)** Constituir la reserva presupuestal que garantice el giro de los recursos de contrato. **3)** Cancelar el valor pactado en el contrato en las condiciones establecidas siempre y cuando el supervisor certifique el cumplimiento del objeto contractual. **CLAUSULA DECIMA PRIMERA DERECHOS Y OBLIGACIONES GENERALES DE EL CONTRATISTA:** Son derechos generales DEL **CONTRATISTA**: 1. Recibir la contraprestación económica que en su favor establece el presente contrato. 2 Tener acceso a los elementos físicos, que resulten indispensables para cumplir con las obligaciones. Son obligaciones generales del **CONTRATISTA:** Además de las estipuladas en la Ley 80 de 1993: Suscribir acta de inicio una vez se cumplan los requisitos para la ejecución. 1. Utilizar todos sus conocimientos en el apoyo al municipio y ejercer sus actividades con honestidad, eficiencia y calidad, dentro de un ambiente de cordialidad y respeto para los demás. 2. Guardar la debida reserva y confidencialidad sobre los documentos que le sean entregados o tenga conocimiento con ocasión de la ejecución del contrato. Además, abstenerse de hacer declaraciones, representaciones o compromisos en nombre de la alcaldía de Villavicencio y/o sus entidades descentralizadas, ni de tomar decisiones o iniciar acciones que generen obligaciones a cargo de la entidad. 3. Afiliarse al sistema de seguridad social integral. 4. Realizar los pagos mensuales por concepto de seguridad social integral, sobre el 40% bruto del valor mensual. En ningún caso la base gravable podrá ser menor al salario mínimo mensual legal vigente. 5. Entregar al supervisor del contrato informe mensual de las actividades adjuntando copia legible de planilla pagada de aporte al Sistema de Seguridad Social integral en los términos señalados en la Ley 6. El contratista debe demostrar buen manejo de las relaciones interpersonales, ser diligente y responsable. 7. Suscribir las actas correspondientes para el desarrollo del objeto contractual y presentar los informes mensuales de ejecución contractual. 8. No acceder a peticiones o amenazas de quienes actúen por fuera de la ley con el fin de hacer u omitir algún hecho. 9. Responder por sus actuaciones u omisiones derivadas de la celebración del contrato y de la ejecución de este. 10. Asumir todos los costos que genere la legalización del contrato. 11. Realizar las demás obligaciones de acuerdo

con su competencia profesional y que sean inherentes al objeto contractual 12. Dar noticia inmediata al supervisor de las novedades que puedan ocasionar la parálisis en la ejecución del contrato. 13. Realizar entrega de elementos utilizados o entregados para desarrollar el objeto del contrato al supervisor, una vez finalice el contrato. 14. Apoyar la Difusión y divulgación de contenidos digitales emitidos por la secretaria de salud. 15. Asistir a las actividades institucionales programadas. **CLAUSULA DECIMA SEGUNDA OBLIGACIONES RELACIONADAS CON EL SISTEMA GENERAL DE RIESGOS GENERALES:** Las obligaciones a continuación relacionadas, se encuentran contempladas en el Decreto 723 de 2013 expedido por Ministerio de Salud y Protección Social; lo anterior ante la contratación y considerando la importancia del Sistema General de Riesgos Laborales (SGRL). **Artículo 15.** Obligaciones del contratante. El contratante debe cumplir con las normas del Sistema General de Riesgos Laborales, en especial, las siguientes: 1.Reportar a la Administradora de Riesgos Laborales los accidentes de trabajo y enfermedades laborales. 2. Investigar todos los incidentes y accidentes de trabajo. 3. Realizar actividades de prevención y promoción. 4. Incluir a las personas que les aplica el presente decreto en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo. 5. Permitir la participación del contratista en las capacitaciones que realice el Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo. 6. Verificar en cualquier momento el cumplimiento de los requisitos de seguridad y salud necesarios para cumplir la actividad contratada de las personas a las que les aplica el presente decreto. 7. Informar a los contratistas afiliados en riesgo IV y/o V sobre los aportes efectuados al Sistema General de Riesgos Laborales. 8. Adoptar los mecanismos necesarios para realizar el pago anticipado de la cotización, cuando el pago del aporte esté a su cargo. **Artículo 16.** Obligaciones del contratista. El contratista debe cumplir con las normas del Sistema General de Riesgos Laborales, en especial, las siguientes: 1 Procurar el cuidado integral de su salud. 2. Contar con los elementos de protección personal necesarios para ejecutar la actividad contratada, para lo cual asumirá su costo. 3 Informar a los contratantes la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales. 4 Participar en las actividades de Prevención y Promoción organizadas por los contratantes, los Comités Paritarios de Seguridad y Salud en el Trabajo o Vigías Ocupacionales o la Administradora de Riesgos Laborales. 5. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST. 6. Según la información contenida en el Estudio Previo de Oportunidad y Conveniencia el nivel de riesgo del CONTRATISTA, para ser declarado para la afiliación a la Administradora de Riesgos Laborales, conforme las actividades propias del contrato son: **Nivel 3.** **CLAUSULA DECIMA TERCERA.– GARANTÍA:** Por tratarse de un contrato de prestación de servicios profesionales y/o de apoyo a la gestión en el que no existen anticipos, ni pagos anticipados, no registra el contratista personal a cargo porque el servicio lo cumple igualmente En forma personal, se considera innecesario exigirla al haber un riesgo bajo de incumplimiento. La no exigencia de garantías se fundamenta de manera general, en aplicación al principio de economía establecido en el artículo 2 de la Ley 1437 de 2011, y especial en la aplicación directa del Artículo 2.2.1.2.1.4.5. del Decreto 1082 de 2015, el cual establece: "En la contratación directa la exigencia de garantías establecidas en la Sección 3, que

comprende los artículos 2.2.1.2.3.1.1 al 2.2.1.2.3.5.1.del presente decreto no es obligatoria y la justificación para exigirlas o no debe estar en los estudios y documentos previos CLAUSULA DECIMA CUARTA INDEMNIDAD. El contratista se obliga a mantener al MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO libre de cualquier daño o perjuicio originado en reclamaciones de terceros que se deriven de sus actuaciones o las de sus subcontratistas o dependientes. CLAUSULA DECIMA QUINTA. – EXCLUSIÓN DE RELACIÓN LABORAL: Las actividades que ejecuta **EL CONTRATISTA**, en desarrollo del presente contrato no genera relación laboral, ni prestaciones sociales, por lo tanto no da derecho a ningún tipo de emolumentos distintos a los pactados en este contrato, de acuerdo con lo establecido en inciso 2°.Numeral 3° del artículo 32 de la ley 80 de 1993. **PARÁGRAFO:** En cumplimiento de la Ley 100 de 1993 y sus decretos reglamentarios **EL CONTRATISTA** deberá afiliarse al sistema de seguridad social y **EL MUNICIPIO** efectuará los controles mensuales para comprobar que **EL CONTRATISTA** permanezca afiliado durante el desarrollo del Contrato. CLÁUSULA DECIMA SEXTA - AFILIACION AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL: Con el objeto de dar cumplimiento a lo preceptuado por el artículo 23 de la Ley 1150 de 2007, EL **CONTRATISTA** deberá acreditar que se encuentra afiliado y a paz y salvo en los pagos al sistema de Seguridad Social, al momento del perfeccionamiento del contrato y en cada pago que se haga al mismo así: **1.** Pensiones: 16% del 40% del valor total de los ingresos mensuales antes de IVA. 2. Salud: 12.5% del 40% del valor total de los ingresos mensuales antes de IVA. 3. Riesgos Laborales: el porcentaje establecido según el nivel de riesgo del 40% del valor total de los ingresos mensuales antes de IVA. **PARAGRAFO:** Corresponde al supervisor del contrato verificar el pago de estos aportes. CLÁUSULA DECIMA SEPTIMA – MULTAS: PROPIEDAD INTELECTUAL: La propiedad intelectual y los derechos patrimoniales sobre los estudios, documentos y en general los productos resultantes de la ejecución del presente contrato, quedara en cabeza de **EL MUNICIPIO**, de conformidad con la normatividad vigente. CLÁUSULA DECIMA OCTAVA – MULTAS: Se pacta la facultad del MUNICIPIO de imponer al CONTRATISTA multas sucesivas del (0.1%) por ciento diario, hasta el momento en que cese el incumplimiento aplicando el procedimiento estipulado en el art. 86 de la Ley 1474 de 2011. CLÁUSULA DECIMA NOVENA. - **PENAL PECUNIARIA** En caso de incumplimiento total de este contrato o de declaratoria de caducidad de **EL CONTRATISTA,** se entenderá pactada una sanción a título de cláusula penal pecuniaria, equivalente al diez por ciento (10%) del valor de este contrato, suma que se hará efectiva directamente al **CONTRATISTA**. El valor a cancelar, se considerará como pago parcial pero no definitivo de los perjuicios que reciba **EL MUNICIPIO. EL MUNICIPIO** podrá tomar directamente el valor de la Cláusula Penal pecuniaria, de los saldos que se adeuden al **CONTRATISTA** por razón de este contrato o de la garantía constituida y si no fuere posible, cobrara esta suma por vía judicial. CLÁUSULA VIGESIMA– **CESIÓN: EL CONTRATISTA** no podrá ceder el presente contrato a persona natural o jurídica salvo autorización previa, expresa y por escrito del MUNICIPIO. CLÁUSULA VIGESIMA PRIMERA – **TERMINACION Y LIQUIDACIÓN:** El CONTRATISTA y el SUPERVISOR deberán suscribir el acta de terminación del contrato dentro del mes siguiente al vencimiento del plazo de ejecución del mismo; en el acta deberán dejar constancia de los

extremos temporales entre los cuales se ejecutó el objeto y el balance financiero de ejecución del contrato entre otros aspectos. De conformidad con lo dispuesto en el artículo 217 del Decreto Ley 019 de 2012 el presente contrato no será objeto de liquidación, disposición contractual que obra sin perjuicio de que el MUNICIPIO considere necesario llevarla a cabo. **CLÁUSULA VIGESIMA SEGUNDA – SUSPENSIÓN TEMPORAL DEL CONTRATO**: Por razones de fuerza mayor o caso fortuito se podrá de común acuerdo entre las partes, suspender temporalmente la ejecución del contrato, mediante un acta en donde conste tal evento, sin que para los efectos del plazo extintivo se compute el tiempo de suspensión. **PARÁGRAFO: EL CONTRATISTA** prorrogará la vigencia de la garantía única de cumplimiento por el tiempo que dure la suspensión. **CLÁUSULA VIGESIMA TERCERA – CADUCIDAD: El MUNICIPIO** podrá declarar la caducidad. Administrativa de este contrato por medio de resolución motivada, a través de la cual lo Dará por terminado y liquidado de conformidad con el Articulo 18 de la ley 80 de 1993. **PARÁGRAFO PRIMERO:** Declarada la caducidad **EL CONTRATISTA** hará una relación detallada de los informes o trabajos no realizados hasta la fecha de ejecutoria de la resolución que la declare, las cuales se consignaran en un acta que deberá llevar el visto bueno del Jefe de Oficina de Contratación. **PARÁGRAFO SEGUNDO:** Declarada la caducidad, el **CONTRATISTA** se hará acreedor a las sanciones o inhabilidades previstas en la ley 80 de 1993 y el **MUNICIPIO** podrá continuar la ejecución de este contrato a través del garante o de otro contratista. **PARÁGRAFO TERCERO**: Si el **MUNICIPIO** se abstiene de declarar la caducidad, adoptara las medidas de control e intervención necesarias para garantizar la continuidad de los trabajos objeto de este contrato. **CLÁUSULA VIGESIMA CUARTA. – SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS CONTRACTUALES:** En caso de presentarse controversias o diferencias en la ejecución del contrato, se recurrirá en primera instancia a los mecanismos alternativos de solución de conflictos de acuerdo a los procedimientos legales establecidos para tal efecto. **CLÁUSULA VIGESIMA QUINTA. – TERMINACIÓN, MODIFICACIÓN E INTERPRETACIÓN UNILATERALES:** De conformidad con los artículos 15 al 17 de la ley 80 de 1993, el **MUNICIPIO** se reserva en su favor la interpretación, modificación y terminación unilaterales del presente contrato, los cuales se entienden incorporados al mismo. **CLÁUSULA VIGESIMA SEXTA. – DOCUMENTOS:** Los documentos que se citan a continuación determinan, regulan, complementan y adicionan las condiciones del presente contrato. **1)** Certificado de Disponibilidad Presupuestal **N° 3397** del 4 de Septiembre de 2024 expedido por la Dirección de Presupuesto del **MUNICIPIO**. **2)** Estudio previo **3)** Documentos del contratista. **4)** Demás documentos necesarios para el desarrollo del objeto contractual, aquellos que legalmente se requieran y los que se produzcan durante el desarrollo del mismo. **CLÁUSULA VIGESIMA SEPTIMA – TOTAL ENTENDIMIENTO:** Se entiende que las partes conocen, comprenden y aceptan todas y cada una de las cláusulas y sus apartes, contenidas en este Contrato. También se entiende que el eventual vicio declarado por autoridad competente de alguna o algunas de ellas, no afecta sino a aquellas declaradas como viciadas. Así mismo, se entiende que los títulos de cada cláusula son meramente indicativos y no afectan la interpretación de su contenido. En general, se da por comprendido a cabalidad este Contrato. **CLÁUSULA VIGESIMA**

OCTAVA. – DOMICILIO CONTRACTUAL Y NOTIFICACIONES: Las partes contratantes acuerda como domicilio contractual el **MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO- META** y recibirán notificaciones así: **EL CONTRATISTA en la Carrera 19 No. 2A-38 Mza 2 Casa 10 Conjunto Bosques de Vizcaya** NUMERO TELEFÓNICO: 3212145868 y el **MUNICIPIO** en la Calle 40 N° 33 – 64. **CLAUSULA VIGÉSIMA NOVENA. – CONFIDENCIALIDAD** El contratista con la suscripción del presente contrato, se compromete directamente a guardar estricta reserva y secreto con relación a la información confidencial que se suministre con ocasión de este contrato o durante su ejecución y hasta su liquidación. En tal sentido, deberá entenderse por "información confidencial" toda la información que EL MUNICIPIO, le suministre, en desarrollo de su objeto contractual. **PARAGRAFO PRIMERO**: no podrá ser considerada como confidencial la información que sea susceptible de ser conocida mediante la utilización de canales regulares y legales de información ni la información que sea de público conocimiento. **PARAGRAFO SEGUNDO**: De no ser así, se presume que toda información intercambiada entre las partes es confidencial, y debe adecuarse a lo establecido en el presente contrato, salvo que el MUNICIPIO, exprese lo contrario. **PARAGRAFO TERCERO**: de conformidad con lo señalado en esta cláusula, la información confidencial que sea recibida por el CONTRATISTA, será exclusiva y únicamente utilizada para los fines para los cuales fue suministrada y no podrá ser revelada a terceros salvo autorización expresa de la parte que suministro la información. **CLAUSULA TRIGESIMA ENTREGA DE ELEMENTOS**: Al finalizar el plazo de ejecución del contrato el CONTRATISTA se obliga para con el MUNICIPIO a coordinar la entrega de material físico, digital, y los elementos utilizados para desarrollar el objeto del contrato al supervisor. **PARAGRAFO PRIMERO**: la falta de esto conlleva al supervisor a compulsar copias a la oficina de Control Interno Disciplinario. **CLAUSULA TRIGESIMA PRIMERA – PERFECCIONAMIENTO Y EJECUCIÓN DEL CONTRATO:** El presente contrato se **PERFECCIONA** con: a) La elaboración del contrato por escrito; b) La suscripción del mismo por las partes. Y para su **EJECUCIÓN** se requiere: a) El Registro Presupuestal. b) Nombramiento del Supervisor / Interventor c). Elaboración y firma del Acta de Inicio.

POR EL MUNICIPIO,

YANED SIERRA CASTRILLON
SECRETARIA DE SALUD

EL CONTRATISTA,

Fabian Bedoya

FABIAN HUMBERTO BEDOYA TORRES
C.C. No.1,121,865,809 de Villavicencio

Proyectó: Fernando Ramírez Sosa
Profesional CPS

Reviso: Manuelita Castaño Parra
Abogado

Ref.: CONTRATO No. 1643 DEL AÑO 2024 N° DEL PROCESO EN SECOP CD-1615-2024

FECHA DEL ACTA	13	9	2024
	DD	MM	AAAA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	FABIAN HUMBERTO BEDOYA TORRES
No. DOC IDENTIFICACIÓN/NIT:	1.121.865.809 de villavicencio
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	TANYA LUCERO CORTES GONZALEZ
No. IDENTIFICACIÓN DEL SUPERVISOR:	40.380.841 de Villavicencio
NOMBRE DEL INTERVENTOR:	N/A
No. IDENTIFICACIÓN DEL INTERVENTOR:	N/A
TIPO DE CONTRATO:	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA BRINDAR APOYO AL PROYECTO "FORTALECIMIENTO DE LA ESTRATEGIA 4 X4 AMPLIADA EN EL MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO-META."
LUGAR DE EJECUCIÓN:	VILLAVICENCIO
TÉRMINO DE EJECUCIÓN:	TRES (3) MESES Y QUINCE (15) DIAS

FECHA DE INICIACIÓN DE CONTRATO:	13	09	2024
	DD	MM	AAAA
FECHA DE TERMINACIÓN DE CONTRATO:	27	12	2024
	DD	MM	AAAA

VALOR DEL CONTRATO EN NÚMEROS: $14.000.000
VALOR DEL CONTRATO EN LETRAS: CATORCE MILLONES DE PESOS ($14.000.000) MCTE

Con la suscripción de la presente acta de inicio, el **MUNICIPIO** a través del SUPERVISOR deja constancia de la verificación del cumplimiento de los requisitos de ejecución entre los que están:

1) Registro presupuestal N°: 4126 Fecha de Expedición: 11/09/2024

2) *Garantías: NO APLICA.

3) Afiliación a ARL: POSITIVA fecha de inicio de cobertura: 13/09/2024.

4) Realizar la inducción sobre el Sistema de Gestión Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST), según el artículo 1° y 11 del decreto 1443 de 2014, compilado en el Decreto 1072/2015 artículo 2.2.4.6.11. Aplica para contratos de prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión. (Aportar con la presente acta el soporte respectivo), el curso está dispuesto en la página Web del Municipio en la ruta:

https://www.villavicencio.gov.co/micrositio/inducci%C3%B3n-sistema-de-gesti%C3%B3n-seguridad-y-salud-en-el-trabajo-(sg-sst)-410

*Cuando a la fecha de suscripción del acta de inicio, el plazo de vigencia de las pólizas resultare insuficiente, el SUPERVISOR informará al contratista que deberá actualizar las pólizas de garantía de conformidad con la fecha del acta de inicio. El contratista deberá efectuar la actualización de las garantías dentro de los 3 días posteriores al acta de inicio y radicar en la oficina de contratación las garantías para su aprobación y legalización, obligación que deberá ser verificada por el SUPERVISOR

Adicionalmente el CONTRATISTA y el SUPERVISOR hacen constar que previo al inicio de la ejecución del contrato REVISARON la siguiente información y la encuentran ajustada:

- Viabilidad técnica de los estudios y diseños para el inicio del contrato NO APLICA
- Fecha de iniciación y terminación de contrato de acuerdo a las condiciones de la minuta.

Ref.: CONTRATO No. 1643 DEL AÑO 2024 Nº DEL PROCESO EN SECOP CD-1615-2024

- Verificación del personal ofrecido en la propuesta y su inscripción al sistema de seguridad social. NO APLICA

La anterior pauta de verificación es enunciativa, por lo tanto el SUPERVISOR deberán dejar constancia del cumplimiento de todos los demás requisitos que consideren indispensables para poder dar inicio el presente contrato.

El Contratista y el SUPERVISOR asumen plena responsabilidad por la veracidad de la información contenida en la presente acta.

En constancia de todo lo anterior los intervinientes firman la presente acta.

Fabian Bedoya

FABIAN HUMBERTO BEDOYA TORRES
CONTRATISTA

TANYA LUCERO CORTES GONZALEZ
SUPERVISOR

Nota: El Acta de inicio original debe reposar en el expediente del contrato en el archivo de la Oficina de Contratación, así mismo debe ser publicada en el SECOP en los términos del Decreto 1082/2015.

Municipio de Villavicencio

Proceso Gestión de la Contratación
FORMATO ÚNICO DE INFORME DE ACTIVIDADES Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO PARA CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

1. DATOS GENERALES

FECHA DEL INFORME:	05/12/2024
PERIODO DEL INFORME:	DESDE: 13/09/2024 HASTA: 12/10/2024

2. INFORMACIÓN DEL CONTRATO

No. Y FECHA DEL CONTRATO (incluir el número del proceso en Secop)	**1643 del 11 de septiembre de 2024** **CD-1615-2024**		
PUBLICADO EN (Marque con X)	SECOP I _____ Ó SECOP II ___X_____		
CLASE DE CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES		
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	FABIAN HUMBERTO BEDOYA TORRES		
No. DE IDENTIFICACIÓN	1121865809		
OBJETO:	"PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA BRINDAR APOYO AL PROYECTO "FORTALECIMIENTO DE LA ESTRATEGIA 4 X 4 AMPLIADA" EN EL MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO-META"		
NOMBRE DEL SUPERVISOR CON NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: (De todos los que haya tenido, empezando por el vigente)	**TANYA LUCERO CORTES GONZALES** C.C. 40.380.841		
FECHA DESIGNACIÓN SUPERVISIÓN: (De todos los que haya tenido, en orden empezando por el vigente)	13/09/2024		
CONDICIONES INICIALES			
VALOR DEL CONTRATO (letras y número):	CATORCE MILLONES DE PESOS MCTE ($14.000.000) MCTE		
PLAZO DE EJECUCIÓN:	TRES (3) MESES Y QUINCE (15) DIAS		
FECHA DE INICIO:	13/09/2024		
FECHA DE TERMINACIÓN:	27/12/2024		
MODIFICACIONES:			
CESIÓN:	NO	FECHA:	N/A
VALOR DE LA (S) ADICIÓN(ES):	N/A	FECHA:	N/A
NUEVO VALOR DEL CONTRATO: (INICIAL + ADICIÓN)	N/A		
PRORROGAS:	N/A	FECHA:	N/A
TOTAL PLAZO DE EJECUCIÓN (INICIAL + PRÓRROGAS)	N/A		
SUSPENSIONES:	FECHA: N/A		
REINICIOS:	FECHA N/A		
OTRAS MODIFICACIONES:	FECHA N/A DESCRIPCIÓN: N/A		
NUEVA FECHA DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO:	N/A		

3. INFORME DE ACTIVIDADES:

ACTIVIDAD No. 01

Realizar asistencia técnica y/o seguimiento a 3 (3) EAPB (subsidiado y contributivo) Programadas en la implementación de la RIAS y sus herramientas operativas para alteraciones de la salud bucal y salud auditiva-comunicativa.

El día 8 de octubre realice asistencia técnica sobre cumplimiento a la implementación de las rutas de promoción y mantenimiento de la salud en lo que corresponde a las intervenciones de salud bucal y salud auditiva-comunicativa a la EAPB FOMAG, información que reposa en el acta 1602-04.01/023 del 8 de octubre de 2024.

Ver Anexo 1.1: Oficio 1602-19.18/080.
Ver Anexo 1.2: Acta 1602-04.01/023.

El día 11 de octubre realice asistencia técnica sobre cumplimiento a la implementación de las rutas de promoción y mantenimiento de la salud en lo que corresponde a las intervenciones de salud bucal y salud auditiva-comunicativa a la EAPB Cajacopi EPS, información que reposa en el acta 1602-04.01/028 del 11 de octubre de 2024.

Ver Anexo 1.3: Oficio 1602-19.18/081.
Ver Anexo 1.4: Acta 1602-04.01/028.

El día 11 de octubre realice asistencia técnica sobre cumplimiento a la implementación de las rutas de promoción y mantenimiento de la salud en lo que corresponde a las intervenciones de salud bucal y salud auditiva-comunicativa a la EAPB Ejercito Nacional de Colombia, información que reposa en el acta 1602-04.01/032 del 11 de octubre de 2024.

Ver Anexo 1.5: Oficio 1602-19.18/083.
Ver Anexo 1.6: Acta 1602-04.01/032.

ACTIVIDAD No. 02

Realizar asistencia técnica y/o seguimiento mensual a 1 IPS de la ESE Municipal dos (IPS privadas) de la red de prestadores, en la implementación de las RIAS y sus herramientas operativas para alteraciones de la salud bucal y salud auditiva-comunicativa.

El día 10 de octubre realice asistencia técnica sobre cumplimiento a la implementación de las rutas de promoción y mantenimiento de la salud en lo que corresponde a las intervenciones de salud bucal y salud auditiva-comunicativa a la IPS Centro de Salud Barzal de la ESE de Villavicencio, información que reposa en el acta 1602-04.01/026 del 10 de octubre de 2024.

Ver Anexo 2.1: Oficio 1602-19.18/082.
Ver Anexo 2.2: Acta 1602-04.01/026.

El día 11 de octubre realice asistencia técnica sobre cumplimiento a la implementación de las rutas de promoción y mantenimiento de la salud en lo que corresponde a las intervenciones de salud bucal y salud auditiva-comunicativa a la IPS Dispensario Médico de Oriente, información que reposa en el acta 1602-04.01/032 del 11 de octubre de 2024.

Ver Anexo 2.3: Oficio 1602-19.18/083.
Ver Anexo 2.4: Acta 1602-04.01/032.

El día 25 de septiembre realice junto con el equipo del programa Vida Saludable y Condiciones No Transmisibles un acompañamiento técnico y jornada académica en el marco de la celebración

del día mundial de lucha contra la obesidad con una presentación del Dr. James Yurgaky con el tema: Obesidad Despiadada y letal, dirigida a todas las IPS`s y EAPB`s del municipio de Villavicencio.

Ver Anexo 2.5: Informe actividad.

ACTIVIDAD No. 03
Organizar con sectores e instituciones las actividades de soy generación más sonriente, y para la celebración de la fecha de la dimensión asociada a los eventos no transmisibles asignados.

Durante el periodo reportado de acuerdo al cronograma establecido con el lineamiento de la Estrategia Soy Generación Mas Sonriente no se realiza la conmemoración de los días de intensificación, por tal motivo el reporte del presente ítem se ejecutará en los próximos informes.

ACTIVIDAD No. 04
Realizar mensualmente el desarrollo de capacidades en salud bucal y auditiva en 5 (cinco) entidades (entorno institucional y laboral).

El día 23 de septiembre en el marco de la semana de estilos de vida saludables se realizó jornada de VIDATON en el edificio Potenza, donde se realizó desarrollo de capacidades y acciones de promoción y prevención en las siguientes 3 entidades:

-Llanogas
-Bioagricola
-Secretaria de Catastro y Espacio Público.

Ver Anexo 4.1: Informe actividad.

El día 25 de septiembre en el marco de la semana de estilos de vida saludables se realizó jornada en el terminal de transportes, donde se realizó desarrollo de capacidades y acciones de promoción y prevención en las siguientes 2 entidades:

-Gremio transportadores intermunicipales.
-Tax Meta

Ver Anexo 4.2: Informe actividad.

ACTIVIDAD No. 05
Participar en el comité semanal de ECNT y elaborar juntamente con referente equipo de la Dimensión el cronograma semanal de actividades.

Participé en la realización de comité semanal de la dimensión Vida saludable y condiciones no transmisibles, que se realizó los días 16 y 30 de septiembre y 7 de octubre de 2024, cuyas actas la relaciono a continuación:

Ver Anexo 5.1: Acta de reunión semanal 1602-29.02/69.
Ver Anexo 5.2: Acta de reunión semanal 1602-29.02/74.
Ver Anexo 5.3: Acta de reunión semanal 1602-29.02/75.

ACTIVIDAD No. 06
Apoyar y participar en la reunión trimestral del Comité Sectorial de Salud para las ECNT y el semestral de la mesa transectorial-CERS.

Durante el periodo 13/09/2024 al 12/10/2024 no se realizó Comité Sectorial de Salud para las ECNT, de igual manera durante el mismo periodo no se realizó mesa transectorial-CERS, la cual está programada para el día 16 de octubre del 2024.

ACTIVIDAD No. 07
Realizar apoyo al ajuste y seguimiento del Plan de Acción de la Política Publica de Estilos de Vida Saludable-CERS.

Durante el periodo 13/09/2024 al 12/10/2024 no se realizó ajuste o seguimiento al plan de acción de la Política Publica de EVS-CERS.

ACTIVIDAD No. 08

Apoyar y liderar la celebración de las fechas conmemorativas del programa de EVS-ECNT asignado por el supervisor del contrato.

Apoye, acompañe, lidere y organice junto con el equipo de VS-CNT la realización de una carrera 5K para la comunidad de la ciudad de Villavicencio en el marco de la celebración y terminación de la semana de Estilos de Vida Saludable el día 29 de septiembre.

Ver Anexo 8.1: Informe actividad.

Durante el presente periodo se realizó jornada de capacitación virtual dirigida a todo el personal de salud de la ciudad de Villavicencio en el marco de la celebración del Día Mundial del Corazón.

Ver Anexo 8.2: Informe actividad.

ACTIVIDAD No. 09

Desarrollar mensualmente 2 actividades de coordinación intersectorial para el fortalecimiento de la cultura de estilos de vida saludable.

Asistí, participe y desarrolle con el equipo de VS-CNT en coordinación con la Secretaria de Movilidad de Villavicencio jornada VIDATON "Campaña Peatones Saludables" en el parque de los estudiantes con acciones de promoción de estilos de vida saludables el dia 25 de septiembre de 2024.

Ver Anexo 9.1: Informe de actividad.

Apoye, asistí y participe el día 24 de septiembre de 2024 en una capacitación a proveedores de las tiendas escolares de las instituciones educativas de la ciudad de Villavicencio con el fin de promover las loncheras saludables y mejorar hábitos de vida saludables en la comunidad estudiantil.

Ver Anexo 9.2: Informe actividad.

ACTIVIDAD No. 10

Participar en el comité semanal de ECNT y elaborar conjuntamente con referente equipo de la Dimensión el cronograma semanal de actividades.

Participe en los comités semanales de ECNT y se elaboró conjuntamente con la referente jefe Tanya Cortes y el equipo de VS-CNT el cronograma semanal de actividades, con el fin de

observar dicha actividad se pueden ver los anexos 5.1: Acta de reunión semanal 1602-29.02/69, anexo 5.2: Acta de reunión semanal 1602-29.02/74 y anexo 5.3: Acta de reunión semanal 1602-29.02/75.

ACTIVIDAD No. 11

Apoyar y participar en la reunión trimestral del Comité Sectorial de Salud para las ECNT y el semestral de la mesa transectorial-CERS.

Durante el periodo 13/09/2024 al 12/10/2024 no se realizó Comité Sectorial de Salud para las ECNT, de igual manera durante el mismo periodo no se realizó mesa transectorial-CERS, la cual está programada para el día 16 de octubre del 2024.

ACTIVIDAD No. 12
Apoyar las actividades comunitarias que programa la secretaria de salud y las Estrategias PASOS SALUDABLES Y RUTAS SALUDABLES y RED DE CANCER INFANTIL.

Realice el acompañamiento a la actividad Pasos Saludables del día 21 de septiembre de 2024 realizado por la Secretaria de Salud en la vereda El Carmen.

Ver Anexo 12.1: Informe de la actividad.

ACTIVIDAD No. 13
Apoyar las actividades del equipo ERI y de brotes que le sean delegadas. Dar cumplimiento a los procedimientos de gestión documental incluido tener al día el reporte en la plataforma control Doc.

Control Doc sin novedades ni pendientes.

Ver Anexo 13.1: Control Doc.

Para el presente periodo no se me asigno como apoyo para el equipo ERI.

Ver Anexo 13.2: Turno ERI.

CERTIFICACIÓN JURAMENTADA

Como contratista del Municipio de Villavicencio, declaro que toda la información relacionada en el presente informe, corresponde fidedignamente a todas las actividades ejecutadas dentro del presente periodo llevadas a cabo con responsabilidad, diligencia y acatando las normas de seguridad y salud en el trabajo establecidas para este tipo de contrato, en el Manual de Seguridad y Salud en el Trabajo y Gestión Ambiental; además, di cumplimiento a lo estipulado en la norma y certifico bajo la gravedad de juramento que realicé los pagos correspondientes y en debida forma de mis aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social correspondientes, con los ingresos provenientes del contrato que se relaciona en numeral 2 del presente informe.

Fabián Bedoya Torres
Número de identificación: 1.121.865.809

4. CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO POR PARTE DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

Teniendo en cuenta que mediante acto administrativo del 13/09/2024 y en plataforma SECOP II, se

me designó como SUPERVISOR del contrato arriba relacionado, me permito verificar el cumplimiento de las obligaciones contractuales en atención a los artículos 83, 84 y siguientes de la Ley 1474 de 2011, y de conformidad con lo dispuesto en el Manual de Interventoría y Supervisión vigente.

4.1 INFORMACIÓN PRESUPUESTAL.

Número Registro Presupuestal (RP)	Fecha RP	Identificación presupuestal: (rubro)	Concepto	Valor total RP
4126	**11/09/2024**	**0403-2-3.19.05.0300.023-71**	**BPIN 2020500010292 Fortalecimiento de la estrategia 4x4 ampliada en el municipio de Villavicencio, Meta.**	**$14.000.000**

Nota: En caso de adiciones al contrato, registrar también el(os) RP que ampara(n) la(s) modificación(es).

4.2 BALANCE FINANCIERO. El siguiente es el balance financiero de ejecución contractual, corresponde al PAGO **N°. 1 de 4.**

	Concepto	Valor
A	VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDAS ADICIONES	$14.000.000
B	VALORES PAGADOS	$0
C	**VALOR A PAGAR CON EL PRESENTE INFORME (incluir IVA si aplica)**	**$4.000.000**
D	SALDO PENDIENTE POR PAGAR	$10.000.000
E	Saldo a favor del municipio (en el último periodo de cobro)	N.A
F	Valor total a liberar del RP (en el último periodo de cobro)	N.A.

OBSERVACIONES: Los literales E y F solo aplican para los contratos que cuentan con Saldo a Favor a alguna de las partes. Como en los casos de liquidación anticipada, cesión del contrato, gastos no generados y entre otros. **Colocar N.A. si no es el caso.**

4.3 CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES RELATIVAS A LA SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL: Certifico que teniendo en cuenta la normatividad vigente sobre dicho aspecto, verifiqué el cumplimiento del pago de aportes a la seguridad social integral (salud, pensión y ARL) correspondiente al periodo, así:

Mes Cotizado	Fecha de Pago	Número de Planilla	IBC* (base de cotización que cita la planilla de aportes)	Valor pagado en SALUD*	Valor pagado en PENSIÓN*	Valor pagado en ARL*
SEPTIEMBRE	22/10/2024	80363886	$1.800.000	$228.100	$292.000	$44.500
OCTUBRE	22/10/2024	81110865	$1.600.000	$200.000	$256.000	$39.000

***Se verifica que el valor de los pagos correspondientes a los aportes obligatorios de salud, pensión y Fondos de Seguridad Pensional están calculados con base en el 40% de los honorarios mensuales.**

Nota. Si el contratista no está obligado a aportar a pensión hacer la observación, si es pensionado indicar el número de resolución correspondiente y anexar copia del documento.

4.4 CUMPLIMIENTO DE LA ENTREGA DE LA INFORMACIÓN MANEJADA POR EL CONTRATISTA: Certifico que el contratista hizo entrega en medio magnético y físico de los archivos y documentos y demás información manejada resultante durante el presente periodo de ejecución

(la información completa de la ejecución debe reposar en el expediente contractual, si aplica, anexar CD con la información).
OBSERVACIONES: N/A o hacer las anotaciones que requiera.

4.5 CUMPLIMIENTO DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN:

Certifico que el contratista dio cumplimiento a los requisitos y lineamientos establecidos por el Sistema Integrado de Gestión de la siguiente manera:

Sistema de Gestión aplicable	Requisito	Cumplió / No Cumplió
Calidad	Usó la documentación vigente establecida aplicable el desarrollo de las obligaciones contractuales.	Cumplió
Seguridad y Salud en el Trabajo	Participó de las actividades programadas en SST.	Cumplió
	Realizó las obligaciones contractuales utilizando los elementos de protección personal o protocolos de bioseguridad.	Cumplió
	En el desarrollo de sus actividades no incurrió en actividades de riesgo sin el cumplimiento de las medidas y protocolos necesarios.	Cumplió
Documental	La documentación que generó el contratista está acorde a los lineamientos normativos en materia archivística y política de gestión documental de la entidad.	Cumplió
Seguridad y Privacidad de la Información	Se manejó reserva de la información utilizada para el desarrollo de sus obligaciones.	Cumplió
	Se garantizó la integridad y disponibilidad de la información generada de la gestión contractual.	Cumplió
Medio Ambiente	El desarrollo de las obligaciones contractuales está acorde a los lineamientos normativos vigentes.	Cumplió

NOTA: Se puede modificar esta información acorde a los requerimientos de cada contrato sin necesidad de actualización del formato, también puede ampliar el detalle de la evaluación.

4.6 EVALUACION Y REEVALAUACIÓN DEL CONTRATISTA

RANGO DE CALIFICACIÓN	
EXCELENTE	El contratista superó las especificaciones técnicas establecidas de los productos o servicios.
BUENA	El contratista cumplió las especificaciones técnicas establecidas de los productos 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 o servicios; Atención a compromisos adquiridos)	EXCELENTE
CALIDAD (Grado en el que el producto o servicio cumple las necesidades y expectativas contractuales)	EXCELENTE
COMUNICACIÓN (Comunicación asertiva durante la ejecución del contrato)	EXCELENTE

EVALUACIÓN GENERAL (Percepción general sobre el producto y/o servicio suministrado)	EXCELENTE

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO:

En mi calidad de supervisor del Contrato de prestación de Servicios No. **1643** de **2024** certifico el cumplimiento a cabalidad de las obligaciones establecidas por parte del contratista y el desarrollo de las actividades descritas en el presente informe que corresponde al PAGO **N°. 01**, así mismo, las relativas al pago de seguridad social integral y a los principios de transparencia propios de la gestión administrativa y contractual, confirmo que fue verificada la publicación en SECOP del presente informe y demás documentos aprobados, razón por la cual se autoriza el pago por el valor de **CUATRO MILLONES DE PESOS MONEDA CTE ($4.000.000)**.

NOMBRE DEL SUPERVISOR: Tanya Lucero Cortes Gonzales
CARGO DEL SUPERVISOR: Profesional Especializada
SECRETARÍA U OFICINA: Secretaría de Salud
TELÉFONO DEL SUPERVISOR: 3114403751

Nota: Los datos completos del supervisor son obligatorios, ya que será la persona contacto en caso de alguna solicitud.

Nota. De existir alguna controversia entre el supervisor y el contratista sobre el cumplimiento de las obligaciones pactadas en el contrato, el supervisor podrá hacer el informe individual siguiendo el presente formato y ajustando el párrafo anterior.

ANEXOS:
Soportes de pago de la planilla seguridad social
CD (si aplica).
Otros que considere necesarios.

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	1121865809	FABIAN HUMBERTO BEDOYA TORRES	Kra 19 2a 38 Mz 2 Cs 10	3212145868	fabeto14@gmail.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
PERÍODO SALUD	**PERÍODO PENSIONES**				**TOTAL A PAGAR**	
2024-09	2024-09	I	22/10/2024	80363896	$564.600	

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					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	225.000	0		0		0	19	3.100	0	228.100	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	288.000	0	0	0	0	19	4.000	0	292.000	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	43.900				43.800	19	600	44.500			439	44.500	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	19	0	0	0
ICBF				
0	19	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	228.100
Pensión	1	288.000	292.000
Riesgos Laborales	1	43.900	44.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	556.900	564.600

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
CC	1121865809	FABIAN HUMBERTO BEDOYA TORRES		Kra 19 2a 38 Mz 2 Cs 10	3212145866	fabeto14@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
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	
2024-09	2024-09	I	22/10/2024	80363866	$564.600	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACION COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES													PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Dedicado	Sueldo	Extranjero	Colom. exterior	Desertado	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	1121865809	BEDOYA TORRES FABIAN HUMBERTO	59	0			N																	25-14	1.600.000	288.000	0	0	0	0	EPS037	1.600.000	225.000	14-33	1.600.000	3	43.800		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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	1121865809	FABIAN HUMBERTO BEDOYA TORRES	Kra 19 2a 88 Mz 2 Cs 10	3212145868	fabato14@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	1 – 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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
2024-10	2024-10	1	22/10/2024	81110865	TOTAL A PAGAR	
					$495.000	

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					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	200.000	0		0		0	0	0	0	200.000	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	256.000	0	0	0	0	0	0		256.000	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	39.000				39.000	0	0	39.000			390	39.000	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	200.000	200.000
Pensión	1	256.000	256.000
Riesgos Laborales	1	39.000	39.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	495.000	495.000

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	1121865809	FABIAN HUMBERTO BEDOYA TORRES	Kra 19 2a 38 Mz 2 Cs 10	3212145686	fabeto14@gmail.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	
2024-10	2024-10	I	22/10/2024	91110865	$495.000	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colombiano en el exterior	Desempleado	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	1121865809	BEDOYA TORRES FABIAN HUMBERTO	59	0			N																	25-14	1.600.000	256.000	0	0	0	0	EPS037	1.600.000	200.000	14-23	1.600.000	3	39.000		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario 141111016141

(415)7707212489984(8020) 000014111101614 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 1 2 1 8 6 5 8 0 9	3	Impuestos y Aduanas de Villavicencio 2 2	

IDENTIFICACIÓN

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

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
BEDOYA	TORRES	FABIAN	HUMBERTO

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

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

41. Dirección principal: CL 4 C 34 C 45 BRR ROSABLANCA ORIENTAL

42. Correo electrónico: fabeto14@gmail.com

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2
8 6 2 2	2 0 1 7 0 1 0 2					

Ocupación

51. Código	52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 5 4 9

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

54. Código (1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 / 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

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

Fecha generación documento PDF: 16-12-2024 01:40:09PM

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Villavicencio, 05 de diciembre de 2024

Yo, FABIAN HUMBERTO BEDOYA TORRES identificado (a) con cédula de ciudadanía No. 1121865809 de Villavicencio dando cumplimiento a lo dispuesto en los artículos 103 y 383 del Estatuto Tributario, manifiesto expresamente y solo para fines tributarios bajo gravedad de juramento la siguiente información:

1.	Soy personal natural, residente en Colombia	X	NO
2.	Los ingresos percibidos como contraprestación al servicio prestado objeto del contrato de prestación de servicios, relacionado en esta certificación, corresponden a rentas de trabajo que no provienen de una relación laboral o legal reglamentaria. (Parágrafo 2 Art 383 E.T)	X	NO
3.	Soy declarante del Impuesto sobre la renta	X	NO
4.	Mis ingresos totales anuales superan los 1.200 UVT (Verificar el valor de la UVT al inicio de cada año)	X	NO
5.	Durante el año anterior realice pagos por concepto de intereses financieros por la adquisición de vivienda o leasing habitacional (Adjuntar certificado anual Artículo 387 E.T)	SI	X
6.	Durante el año anterior realice pagos por concepto de medicina prepagada (Adjuntar certificado anual Artículo 387 E.T)	SI	X
7.	Actualmente tengo dependientes económicos (Artículo 387 E.T) Si la respuesta es afirmativa diligenciar el formato certificado de existencia y dependencia económica y adjuntar los soportes correspondientes	X	NO
8.	Los pagos de los aportes obligatorios al sistema de seguridad social en salud, pensión y ARL corresponden a la base mínima del 40% de los ingresos.	X	NO
9.	La información reportada en el registro único tributario RUT, que se adjunta, se encuentra actualizada. (Rut con fecha de impresión no mayor a 30 días)	X	NO

Código actividad económica Industria y Comercio del contrato 8622

Números de contratos de prestación de servicios suscritos y en ejecución con el Municipio 1
(Si actualmente cuenta con más de 1 contrato en ejecución relacione la información por contrato)
Número de contrato de prestación de servicios suscrito con el Municipio 1643 de 2024
Fecha de Inicio 13 de septiembre de 2024, Fecha de Terminación 27 de diciembre de 2024.

Firma: Fabian Bedoya

Nombre completo: Fabián Bedoya Torres

Numero de cedula: 1121865809

Correo electrónico: fabeto14@gmail.com

Numero de celular: 3212145868

Dirección para notificaciones: Carrera 19 2ª – 38 Mz 2 Cs 10 Bosques de Vizcaya

Proceso Gestión Financiera
Subproceso Gestión Contable
CERTIFICADO DE DEPENDENCIA ECONÓMICA

Villavicencio, 29 de noviembre de 2024

Yo, Fabián Bedoya Torres identificado (a) con cédula de ciudadanía No.1.121.865.809 de Villavicencio, me permito certificar bajo gravedad de juramento que la(s) persona(s) que a continuación relaciono dependen económicamente de mí, por el concepto descrito en el numeral __1__, por lo cual solicito tomar la deducción mencionada de un máximo de 32 UVT mensuales para mi cálculo de retención en la fuente por rentas de trabajo (Articulo 387 E.T Parágrafo 2)

Nombres y Apellidos: Maximiliano Bedoya Martínez.
Número de Identificación: 1.230.343.989.
Parentesco: Hijo.
Edad: 7 años.

Nombres y Apellidos: Emma Bedoya Martínez.
Número de Identificación: 1.122.538.618.
Parentesco: Hijo.
Edad: 4 años.

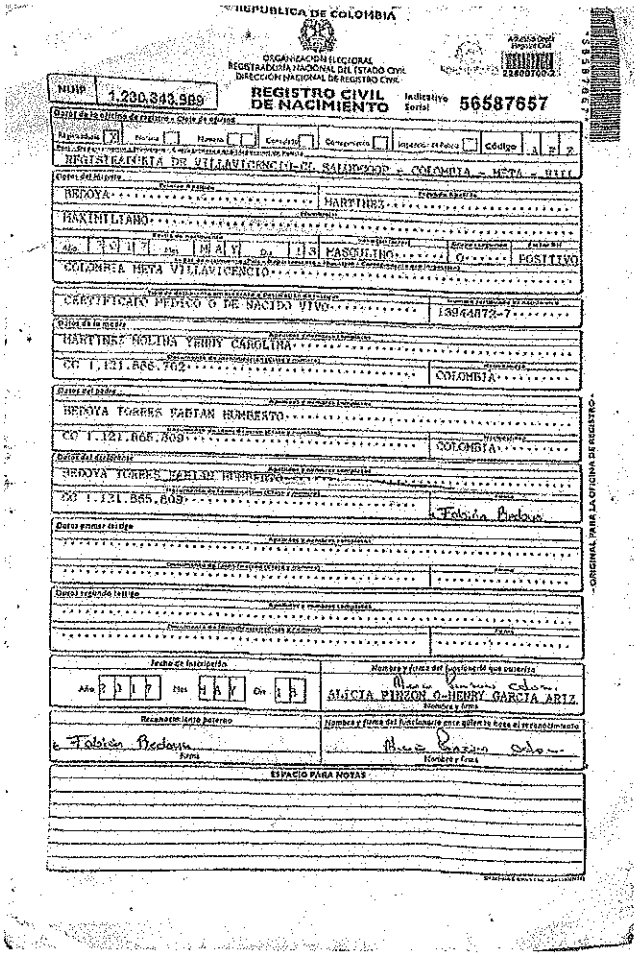
1. Los hijos del contribuyente que tengan hasta dieciocho (18) años de edad. **(Adjuntar: 1. Copia de registro civil de nacimiento)**

2. Los hijos del contribuyente con edad entre dieciocho (18) y veintitrés (23) años, cuando el padre o madre contribuyente persona natural se encuentre financiando su educación en instituciones formales de educación superior certificadas por el Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educación -ICFES o la autoridad oficial correspondiente, o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente. **(Adjuntar: 1. Copia de registro civil de nacimiento, 2. Copia certificado de la institución universitaria y/o programas técnicos certificados por el ICFES o acreditados por autoridad competente)**

3. Los hijos del contribuyente mayores de dieciocho (18) años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal. **(Adjuntar: 1. Copia de registro civil de nacimiento, 2. Copia certificado medicina legal o empresas administradoras de salud a la que se encuentre afiliada la persona o cualquier otra entidad que legalmente sea competente)**

4. El cónyuge o compañero permanente del contribuyente que se encuentre en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientos sesenta (260) Unidades de Valor Tributario -UVT certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal. **(Adjuntar: 1.Copia de registro civil de matrimonio o declaración juramentada ante notaría de convivencia y dependencia económica, 2.Copia de certificado medicina legal o empresas administradoras de salud a la que se encuentre afiliada la persona o cualquier otra entidad que legalmente sea competente 3. Copia de certificado de contador público de ausencia de ingresos del cónyuge o compañero permanente)**

5. Los padres y los hermanos del contribuyente que se encuentren en situación de dependencia, sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) Unidades de Valor Tributario -UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal. **(Adjuntar: 1. Copia de registro civil de nacimiento que demuestre el parentesco, 2. Copia de certificado medicina legal o empresas administradoras de salud a la que se encuentre afiliada la persona o cualquier otra entidad que legalmente sea competente, 3. Certificado de contador público de ausencia de ingresos de los padres o hermano)**



REPUBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCION NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP 1.220.343.989

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO Indicativo Serial 56587657

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código [ ]

REGISTRADURIA DE VILLAVICENCIO-CC. SAUTAMAR - COLOMBIA - META - VILL

Datos del inscrito

Primer Apellido: BEDOYA | Segundo Apellido: MARTINEZ

Nombre(s): MAXIMILIANO

Fecha de nacimiento: Año 2 0 1 7 Mes 0 5 Día 1 3 | Sexo (en letras): MASCULINO | Grupo sanguíneo: O | Factor RH: POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección): COLOMBIA META VILLAVICENCIO

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos: CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO | Número certificado de nacido vivo: 13844872-7

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: MARTINEZ MOLINA YENNY CAROLINA

Documento de identificación (Clase y número): CC 1.121.886.702 | Nacionalidad: COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: BEDOYA TORRES FABIAN HUMBERTO

Documento de identificación (Clase y número): CC 1.121.865.809 | Nacionalidad: COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: BEDOYA TORRES FABIAN HUMBERTO

Documento de identificación (Clase y número): CC 1.121.865.809 | Firma: Fabián Bedoya

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos:

Documento de identificación (Clase y número): | Firma:

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos:

Documento de identificación (Clase y número): | Firma:

Fecha de inscripción: Año 2 0 1 7 Mes 0 5 Día 1 5

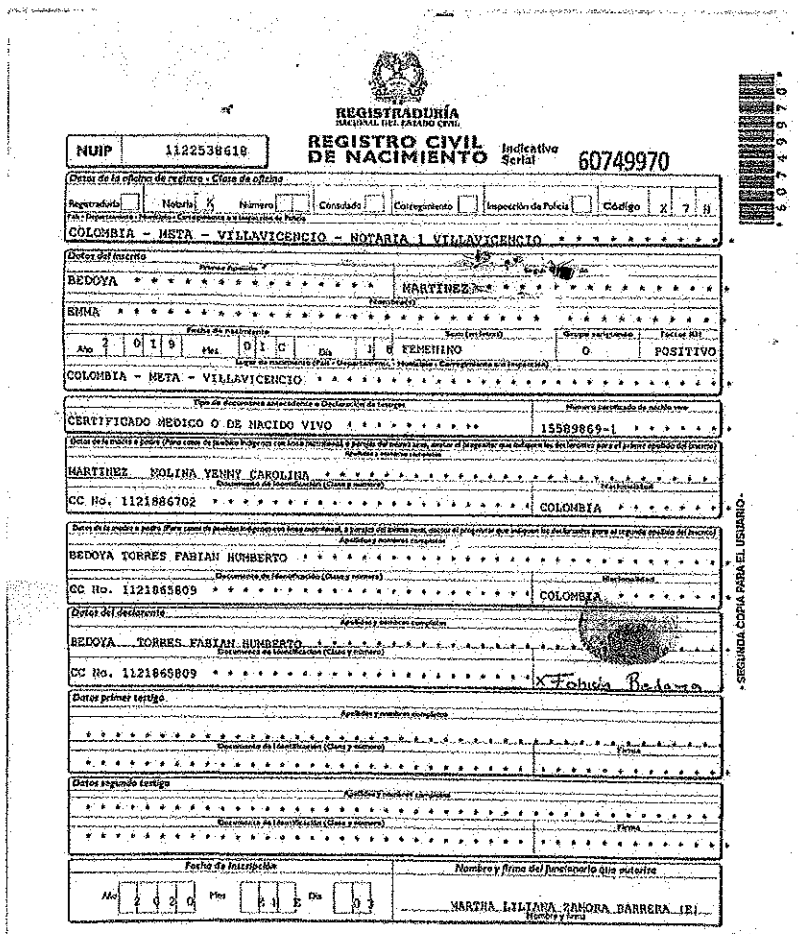
Nombre y firma del funcionario que autorizo: MARIA PINZON O-HENRY GARCIA ARIZ
Nombre y firma

Reconocimiento paterno: Fabián Bedoya
Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento:
Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO



REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1122538618

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO Indicativo Serial 60749970

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código [X 7 8]

COLOMBIA - META - VILLAVICENCIO - NOTARIA 1 VILLAVICENCIO

Datos del inscrito

Primer Apellido: BEDOYA | Segundo Apellido: MARTINEZ

Nombre(s): EMMA

Fecha de nacimiento: Año 2 0 1 9 Mes 0 1 C Día 1 8 | Sexo (en letras): FEMENINO | Grupo sanguíneo: O | Factor RH: POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección): COLOMBIA - META - VILLAVICENCIO

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos: CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO | Número certificado de nacido vivo: 15589869-1

Datos de la madre o padre (Para casos de padres indígenas con usos normativos propios, el padre del mismo sexo, asistirá al progenitor que indique los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos: MARTINEZ MOLINA YENNY CAROLINA

Documento de identificación (Clase y número): CC No. 1121886702 | Nacionalidad: COLOMBIA

Datos de la madre o padre (Para casos de padres indígenas con usos normativos propios, el padre del mismo sexo, asistirá al progenitor que indique los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos: BEDOYA TORRES FABIAN HUMBERTO

Documento de identificación (Clase y número): CC No. 1121865809 | Nacionalidad: COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: BEDOYA TORRES FABIAN HUMBERTO

Documento de identificación (Clase y número): CC No. 1121865809 | Firma: Fabián Bedoya

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos:

Documento de identificación (Clase y número): | Firma:

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos:

Documento de identificación (Clase y número): | Firma:

Fecha de inscripción: Año 2 0 2 0 Mes 0 1 E Día 0 3

Nombre y firma del funcionario que autorizo: MARTHA LILIANA ZAMORA BARRERA (E)
Nombre y firma

SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO

60749970