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		Final	X					
Número de pago:	04		**Periodo de Pago:**		Del	13-12/2024		Al		27-12/2024	

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).	X	
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)	N/A	
7	Acta de Inicio (Adjuntar en cuentas de Anticipos o Primer pago)	N/A	
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)**	X	
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.)	X	
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)	X	

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

Villavicencio, 30 de diciembre de 2024

YANED SIERRA CASTRILLON
SECRETARIA DE SALUD

De acuerdo con las facultades otorgadas en la Resolución No. 1000-067.20/067 del 16 de mayo de 2022, modificada por la Resolución 1010-67.20/254 del 26 de diciembre de 2022, en especial lo contenido en su artículo noveno:

Con ocasión al informe de supervisor firmado de fecha 28/12/2024 y sus anexos, se certifica que el contratista ha cumplido con la presentación de los documentos requisitos para pago contenidos en la lista de chequeo del Sistema Integrado de Gestión (SIG), y por lo tanto, es procedente emitir la certificación de cumplimiento de estos para que la Secretaría de Hacienda conforme a sus funciones y competencias adelante las acciones pertinentes para el pago del contrato que se describe a continuación:

CONTRATO No. / ORDEN DE COMPRA No.	1643-2024
CLASE DE CONTRATO	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES
NOMBRE DEL CONTRATISTA	FABIAN HUMBERTO BEDOYA TORRES
NOMBRE DEL INTERVENTOR/SUPERVISOR	TANYA LUCERO CORTES GONZALEZ
PERÍODO	13/12/2024 AL 27/12/2024
PAGO RESPECTIVO	$ 2.000.000

YANED SIERRA CASTRILLON
SECRETARIA DE SALUD

Revisó de Forma y Proyectó: Yuri Viviana Torres Cabezas- Asesora financiera CPS

Revisión Técnica: (En caso de que aplique)

Municipio de Villavicencio

CUENTA DE COBRO N. 04 – 2024

Contrato N. 1643 de 2024 – Municipio de Villavicencio

Villavicencio – Meta, 30 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:
$ 2.000.000 (DOS 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 diciembre al 27 de diciembre 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

Fabián 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 N° 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

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:	30/12/2024
PERIODO DEL INFORME:	DESDE: 13/12/2024 HASTA: 27/12/2024

2. INFORMACIÓN DEL CONTRATO

No. Y FECHA DEL CONTRATO (incluir el número del proceso en Secop)	**1643 del 10 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:	N/A	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 20 de diciembre 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 Sanitas EPS, información que reposa en el acta 1602-04.01/042 del 20 de noviembre de 2024.

Ver Anexo 1.1: Oficio 1602-19.18/103.
Ver Anexo 1.2: Acta 1602-04.01/082.

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 25 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 IPS Sanitas sede Pinos, información que reposa en el acta 1602-04.01/039 del 25 de octubre de 2024.

Ver Anexo 2.1: Oficio 1602-19.18/164.
Ver Anexo 2.2: Acta 1602-04.01/083.

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 21 de diciembre se realizó desarrollo de capacidades en salud bucal y auditiva en el entorno laboral en las empresas: EMSA e ICBF.

Ver Anexo 4.1: 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 23 de diciembre de 2024, cuyas actas las relaciono a continuación:

Ver Anexo 5.1: Acta de reunión semanal 1602-29.02/102.

Ver Anexo 5.2: Acta de reunión semanal 1602-29.02/106.

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.

El presente ítem contractual se ejecutó al 100% y se evidencio en los periodos contractuales ya reportados.

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

El día 17 de diciembre se realizó ajuste y seguimiento al plan de acción de la Política Publica de MCYEVS CERS con el fin de dar respuesta al concejo municipal el cual solicito avances para el día 18 de diciembre.

Ver Anexo 7.1: Listado de asistencia.

ACTIVIDAD No. 08

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

Actividad que no se programó en el presente corte del contrato.

ACTIVIDAD No. 09

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

Asistí, participe de jornada de capacitación con la población de JUVENTUDES articulada con la dirección de juventudes de la secretaria de gestión social el día 16 de noviembre 2024.

Ver Anexo 9.1: Informe de 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 1602-29.02/102 y anexo 5.2: Acta de reunión semanal 1602-29.02/106.

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.

El presente ítem contractual se ejecutó al 100% y se evidencio en los periodos contractuales ya reportados.

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 y desarrollo de actividad navideña de la Red de Cáncer Infantil el dia 18 de diciembre en la biblioteca German Arciniegas.

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

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°. 4 de 4.**

	Concepto	Valor
A	VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDAS ADICIONES	$14.000.000
B	VALORES PAGADOS	$12.000.000
C	**VALOR A PAGAR CON EL PRESENTE INFORME (incluir IVA si aplica)**	**$2.000.000**
D	SALDO PENDIENTE POR PAGAR	$0
E	Saldo a favor del municipio (en el último perío do 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*
DICIEMBRE	16/12/2024	82708741	$1.300.000	$162.500	$208.000	$31.700

***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	Cumplió

	desarrollo de las obligaciones contractuales.	
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°. 04**, 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		NO

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	
2024-12	2024-12	I	17/12/2024	82708741	$402.200	

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					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	162.500	0		0		0	0	0	0	162.500	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	208.000	0	0	0	0	0	0		208.000	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	31.700				31.700	0	0	31.700			317	31.700	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	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	162.500	162.500
Pensión	1	208.000	208.000
Riesgos Laborales	1	31.700	31.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	402.200	402.200

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
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	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NO

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	
2024-12	2024-12	I	17/12/2024	82708741	$402.200	

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	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		X															25-14	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS037	1.300.000	162.500	14-23	1.300.000	3	31.700		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

14

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
OLOMBIA	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	45. Teléfono 2
5 0 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			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 2 2	2 0 1 7 0 1 0 2							

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	4	9																							

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros																				Exportadores					
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
54. Código																							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] 69. 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

COPIA CERTIFICADO SIN COSTO
DOCUMENTO

Proceso Gestión Financiera
Subproceso Gestión Contable
DECLARACIÓN DE PERTENENCIA A CÉDULA FISCAL

Villavicencio, 30 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

16

Proceso Gestión Financiera
Subproceso Gestión Contable
CERTIFICADO DE DEPENDENCIA ECONÓMICA

Villavicencio, 30 de diciembre 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)**

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

Adhesivo Copia Registro Civil
22600700-2

NUIP 1.230.343.989

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 56587657

56587657

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código A 2 7

País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección de Policía

REGISTRADURIA DE VILLAVICENCIO-CL SALUDCOOP - COLOMBIA - META - VILL

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
BEDOYA	MARTINEZ

Nombre(s)

MAXIMILIANO

Fecha de nacimiento									Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año	2	0	1	7	Mes	M	A	Y	Día 1 3	MASCULINO	O	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección)

COLOMBIA META VILLAVICENCIO

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	13944872-7

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

MARTINEZ MOLINA YENNY CAROLINA

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

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

BEDOYA TORRES FABIAN HUMBERTO

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

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

BEDOYA TORRES FABIAN HUMBERTO

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.121.865.809	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	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2 0 1 7 Mes M A Y Día 1 6	ALICIA PINZON O-HENRY GARCIA ARIZ Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Fabián Bedoya Firma	Alicia Pinzon Ordo... Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Escaneado con CamScanner

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1122538618

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 60749970

60749970

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

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

País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección de Policía

COLOMBIA - META - VILLAVICENCIO - NOTARIA 1 VILLAVICENCIO

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
BEDOYA	MARTINEZ

Nombre(s): EMMA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2019 Mes DIC Día 18	FEMENINO	O	POSITIVO

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

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

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos: MARTINEZ MOLINA YENNY CAROLINA

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

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos: BEDOYA TORRES FABIAN HUMBERTO

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

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: BEDOYA TORRES FABIAN HUMBERTO

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC No. 1121865809	X 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	*Nombre y firma del funcionario que autoriza*
Año 2020 Mes ENE Día 03	MARTHA LILIANA ZAMORA BARRERA (E)
	Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

Esta hoja hace parte del original

Municipio de Villavicencio

ACTA DE TERMINACION DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES No. 1643 DE 2024

INFORMACIÓN DEL CONTRATO

CONTRATO NO. 1643 DE 10 DE SEPTIEMBRE DE 2024

CLASE DE CONTRATO: CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES

OBJETO: "PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA BRINDAR APOYO AL PROYECTO "FORTALECIMIENTO DE LA ESTRATEGIA 4 X 4 AMPLIADA" EN EL MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO-META"

CONTRATANTE: MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO

CONTRATISTA: FABIAN HUMBERTO BEDOYA TORRES CEDULA No. 1.1121.865.809

VALOR TOTAL DEL CONTRATO: $14.000.000

VALOR INICIAL DEL CONTRATO: $14.000.000

VALOR ADICIONAL DEL CONTRATO: N/A

VALOR EJECUTADO: $14.000.000

VALOR NO EJECUTADO: $0

TÉRMINO DE EJECUCION TOTAL DEL CONTRATO: TRES (3) MESES Y QUINCE (15) DIAS

FECHA DE INICIO: 13 DE SEPTIEMBRE DE 2024

PRORROGA: N/A

CESION: N/A

FECHA DE TERMINACIÓN PACTADA EN EL CONTRATO: 27 DE DICIEMBRE DE 2024

En la ciudad de Villavicencio (Meta), a los 30 días del mes de diciembre de 2024, en cumplimiento de lo acordado en la CLAUSULA **VIGESIMA PRIMERA – TERMINACION Y LIQUIDACION**, del contrato ya identificado, se reunieron **TANYA LUCERO CORTES GONZALES**, identificada con cedula de ciudadanía No. 40.380.841 en su condición de supervisora y **FABIAN HUMBERTO BEDOYA TORRES** identificado con cedula de ciudadanía No. 1.121.865.809, como contratista; con el propósito de dar por terminado, por mutuo acuerdo el contrato Nº 1643 de 2024, de acuerdo con las siguientes clausulas:

PRIMERA. Que el MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO celebro el día diez (10) del mes septiembre de 2024 con **FABIAN HUMBERTO BEDOYA TORRES** identificado con cedula de ciudadanía No. **1.121.865.809** el contrato de prestación de servicios **N° 1643 de 2024** 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".**

SEGUNDA. Que el Supervisor del MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO la doctora **TANYA LUCERO CORTES GONZALES** certifica que se ha cumplido con lo pactado en el contrato.

TERCERA: NO APLICA

CUARTA: Que la supervisora del contrato, procedió a verificar el cumplimiento del servicio prestado y las obligaciones pactadas en el contrato, el cual recibió a satisfacción, así:

Que de conformidad con lo dispuesto en la **CLÁUSULA SEGUNDA. – ALCANCE DEL CONTRATO**, entre el 13 de septiembre de 2024 al 27 de diciembre de 2024, el contratista cumplió con la realización de las actividades contempladas en el alcance del objeto contractual según consta en todos y cada uno de los informes que reposan en el expediente del contrato.

(NOTA: Al momento de suscribir el acta de terminación el SUPERVISOR debe verificar que todos y cada uno de los informes del contratista y los propios reposen en original en el expediente del contrato)

Que en el último periodo de ejecución contractual comprendido entre 13 de DICIEMBRE de 2024 al 27 DE DICIEMBRE DE 2024, el contratista llevó a cabo las siguientes actividades:

- Actividades realizadas en el último periodo:

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 20 de diciembre realizo 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 Sanitas EPS, información que reposa en el acta 1602-04.01/042 del 20 de noviembre de 2024.

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 25 de octubre realizo 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 IPS Sanitas sede Pinos, información que reposa en el acta 1602-04.01/039 del 25 de octubre de 2024.

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 realizó 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 21 de diciembre se realizó desarrollo de capacidades en salud bucal y auditiva en el entorno laboral en las empresas: EMSA e ICBF.
ACTIVIDAD No. 05
Participar en el comité semanal de ECNT y elaborar juntamente con referente equipo de la Dimensión el cronograma semanal de actividades.

Participo en la realización de comité semanal de la dimensión Vida saludable y condiciones no transmisibles, que se realizó los días 16 y 23 de diciembre de 2024, cuyas actas las relaciono.

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.

El presente ítem contractual se ejecutó al 100% y se evidencio en los periodos contractuales ya reportados.

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

El día 17 de diciembre realizó ajuste y seguimiento al plan de acción de la Política Publica de MCYEVS CERS con el fin de dar respuesta al concejo municipal el cual solicito avances para el día 18 de diciembre.

ACTIVIDAD No. 08
Apoyar y liderar la celebración de las fechas conmemorativas del programa de EVS-ECNT asignado por el supervisor del contrato.

Actividad que no se programó en el presente corte del contrato.

ACTIVIDAD No. 09
Desarrollar mensualmente 2 actividades de coordinación intersectorial para el fortalecimiento de la cultura de estilos de vida saludable.

Asistió y participe de jornada de capacitación con la población de JUVENTUDES articulada con la dirección de juventudes de la secretaria de gestión social el día 16 de noviembre 2024.

ACTIVIDAD No. 10
Participar en el comité semanal de ECNT y elaborar conjuntamente con referente equipo de la Dimensión el cronograma semanal de actividades.

Participo en los comités semanales de ECNT y elaboró conjuntamente con la referente jefe Tanya Cortes y el equipo de VS-CNT el cronograma semanal de actividades.

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.

El presente ítem contractual se ejecutó al 100% y se evidencio en los periodos contractuales ya reportados.

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.

Realizo el acompañamiento y desarrollo de actividad navideña de la Red de Cáncer Infantil el día 18 de diciembre en la biblioteca German Arciniegas.

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 y para el presente periodo no se le asigno como apoyo para el equipo ERI.

Dentro del presente informe se expusieron todas las actividades acordes al correcto cumplimiento del contrato.

Que igualmente, en cumplimiento de la CLÁUSULA TRIGESIMA- ENTREGA DE ELEMENTOS, el contratista realizó la entrega de material físico, digital, y los elementos utilizados para desarrollar el objeto del contrato, así: durante la ejecución del contrato el contratista entregó cada uno de los informes con sus respectivos soportes, los materiales, recursos físicos y tecnológicos fueron de propiedad del contratista.

QUINTA: Que el balance financiero de ejecución del contrato es el siguiente:

BALANCE DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALOR	FECHA	%
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$14.000.000	N.A.	N.A.
PRIMER PAGO	$4.000.000	13/09/2024 al 12/10/2024	28.57%
SEGUNDO PAGO	$4.000.000	13/10/2024 al 12/11/2024	28.57%
TERCER PAGO	$4.000.000	13/11/2024 al 12/12/2024	28.57%
PAGO FINAL AUTORIZADO EN LA PRESENTE ACTA (CUARTO PAGO)	$2.000.000	13/12/2024 al 27/12/2024	14.29%
SALDO A FAVOR DEL MUNICIPIO	N/A	N/A	N/A
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	$14.000.000	13/09/2024 al 27/12/2024	100%
SALDO A FAVOR DEL MUNICIPIO	N/A	N/A	N/A

SEXTA: De existir saldo a favor del Municipio, la secretaria de despacho deberá remitir copia del presente documento a la Dirección de Presupuesto para que sean liberados los recursos restantes del Registro Presupuestal del contrato. **NO APLICA**

En relación al presente documento, el contratista manifiesta que el balance económico del contrato se encuentra acorde con el contenido y el cumplimiento de las obligaciones pactadas y por tanto existe equilibrio económico del contrato en cuanto a las contraprestaciones cumplidas y que toda la documentación aportada durante el desarrollo del objeto contractual fue el resultado de actos legales.

SEPTIMA: Que el presente contrato no será objeto de liquidación conforme lo establece el artículo 217 del decreto Ley 019 de 2012.

En atención a lo previsto en la presente acta, las partes contratantes dan por terminado el contrato de prestación de servicios profesionales N° 1643 de 2024 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".**

Para constancia de lo anterior se firma la presente por los que en ella intervinieron en la ciudad de Villavicencio a los 30 días del mes de diciembre.

FABIAN HUMBERTO BEDOYA TORRES
Contratista

TANYA LUCERO CORTES GONZALEZ
Supervisor

YANED SIERRA CASTRILLON
Secretaría de salud

Proyectó: Manuelita Castaño Parra – Asesoría jurídica CPS.

	MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO	Código: 1010-F-GCT-152
	PROCESO DE GESTIÓN A LA CONTRATACIÓN	Versión: 2
		Fecha: 18/04/2024
	FORMATO CERTIFICACIÓN CONTRACTUAL	Página **1** de **2**

EL(A) ORDENADOR (A) DEL GASTO DEL MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO

CERTIFICA:

De conformidad con la información que reposa en la Entidad y en los activos de información, que el (la) Contratista: **FABIAN HUMBERTO BEDOYA TORRES,** Identificado (a) con cédula de ciudadanía número **1.121.865.809,** celebró con el Municipio de Villavicencio el o los siguiente(s) contrato(s):

CONTRATO No.:	**1643-2024**
OBJETO:	**"PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA BRINDAR APOYO AL PROYECTO "FORTALECIMIENTO DE LA ESTRATEGIA 4 X 4 AMPLIADA" EN EL MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO-META"**
FECHA DE SUSCRIPCIÓN:	**10/09/2024**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	**CATORCE MILLONES DE PESOS MCTE $ 14.000.000**
PLAZO INICIAL DE EJECUCIÓN:	Meses: TRES (3) Días: QUINCE (15)
ADICIÓN(S):	1. Valor: $0 2. Valor: $0
VALOR TOTAL CONTRATO: (Valor inicial + adiciones)	**CATORCE MILLONES DE PESOS MCTE $ 14.000.000**
PRÓRROGA(S):	1. Meses: Días: 2. Meses: Días:
PLAZO TOTAL EJECUCIÓN: (Plazo inicial + prórrogas)	Meses: TRES (3) Días: QUINCE (15)
FECHA INICIO DEL CONTRATO:	13/09/2024
FECHA FINAL DE TERMINACIÓN CONTRATO:	27/12/2024
FECHA LIQUIDACIÓN DEL CONTRATO: (si aplica)	N/A

OBLIGACIONES Y/O ALCANCE DEL CONTRATO:

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 salud bucal y salud auditiva-comunicativa.
2. 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.
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
4. Realizar mensualmente el desarrollo de capacidades en salud bucal y auditiva en 5 (cinco) entidades (entorno institucional y laboral).
5. Participar en el comité semanal de ECNT y elaborar juntamente con referente equipo de la Dimensión el cronograma semanal de actividades.
6. Apoyar y participar en la reunión trimestral del Comité Sectorial de Salud para las ECNT y el semestral de la mesa transectorial-CERS.

	MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO	Código: 1010-F-GCT-152
	PROCESO DE GESTIÓN A LA CONTRATACIÓN	Versión: 2
		Fecha: 18/04/2024
	FORMATO CERTIFICACIÓN CONTRACTUAL	Página **2** de **2**

7. Realizar apoyo al ajuste y seguimiento del Plan de Acción de la Política Publica de Estilos de Vida Saludable-CERS.
8. Apoyar y liderar la celebración de las fechas conmemorativas del programa de EVS-ECNT asignado por el supervisor del contrato.
9. Desarrollar mensualmente 2 actividades de coordinación intersectorial para el fortalecimiento de la cultura de estilos de vida saludable.
10. Participar en el comité semanal de ECNT y elaborar conjuntamente con referente equipo de la Dimensión el cronograma semanal de actividades.
11. Apoyar y participar en la reunión trimestral del Comité Sectorial de Salud para las ECNT y el semestral de la mesa transectorial-CERS.
12. Apoyar las actividades comunitarias que programa la secretaria de salud y las Estrategias PASOS SALUDABLES Y RUTAS 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.

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	TANYA LUCERO CORTES GONZALES

Que el objeto contractual tuvo un cumplimiento efectivo de las obligaciones contraídas en el contrato, según acta de terminación fechada el: 30/12/2024

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 30 días del mes de diciembre de 2024.

YANED SIERRA CASTRILLON
SECRETARIA DE SALUD

NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO	FIRMA
Reviso: N/A	N/A	N/A
Elaboro: Manuelita Castaño Parra	Asesoría Jurídica CPS	

	MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO	1010-F-GCT-30-V2
	PROCESO DE GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN	Vigencia: 06/02/2014
	FORMATO DE EVALUACION DEL DESEMPEÑO DE LOS PROVEDORES.	Página 1 de 1

El diligenciamiento de este formato debe ser posterior al acta de recibo o terminacion, y debe adjuntarse a los documetos para la liquidacion.

30/12/2024 NUMERO DE CONTRATO 1643 de 2024

NOMBRE DEL PROVEEDOR: FABIAN HUMBERTO BEDOYA TORRES
DOCUMENTO DE IDENTIDAD:1.121.865.809

NOMBRE DEL INTERVENTOR: TANYA LUCERO CORTES GONZALEZ

TIPO DE CONTRATO: **CONVENIO_____OBRA_____SUMINISTRO _____CONSULTORIA_____ PRESTACION DE SERVICIOS_____**

P.S. PROFESIONALES__X__ P.S. TECNICOS_____P.S. APOYO ADMINISTRATIVO____ ARRENDAMIENTO_____ COMPRAVENTA_____

COMODATO_____

Por medio del siguiente formato el interventor verificara de una manera práctica las condiciones de ejecucion del objeto contractual.

Marque con una X en la casilla frente a la opcion que evalua la ejecucion, solo una vez por item.

PARA EL ITEM 1, 2 Y 4 SOLO HAY 2 OPCIONES DE RANGO DE EVALUACION 1 Y 5
PARA LOS DEMAS ITEMS EXISTEN 3 RANGOS DE EVALUACION 1-3 Y 5

ITEM	CRITERIO	PUNTAJE					
		1		3		5	
1	Cumplimiento del objeto del contrato	**No cumple**		N/A		**Cumple**	X
2	Calidad de bien, obra o servicio	**No cumple**		N/A		**Cumple**	X
3	Cumplimiento en los tiempos de entrega o ejecución	**No cumple**		**Entrega inoportuna justificada adecuadamente.**		**Cumple**	X
4	Solución a quejas y reclamos	**No cumple**		N/A		**Cumple o no se presentaron**	X

Consolidar Puntaje por ítem	**Ítem 1**	**5**
	Ítem 2	**5**
	Ítem 3	**5**
	Ítem 4	**5**
	SUMA TOTAL	**20**

RE-EVALUACION	MARQUE CON UNA X
DE 16 A 20 CUMPLE	**X**
MENOS DE 16 NO CUMPLE	

FIRMA DEL INTERVENTOR/SUPERVISOR

Fabián Bedoya
Firma de Enterado por parte del Contratista

Codificación Anterior del Formato: FR-1090-50-V1