DEPARTAMENTO DEL META NIT. 892.000.148-8	RECONOCIMIENTO Y PAGO (PAGO PARCIAL O FINAL)	CÓDIGO:	F-BS-15
		VERSIÓN:	05

Fecha de elaboración del reconocimiento:	26 de diciembre de 2024	Periodo de Pago:	Del	25/11/2024	Al	24/12/2024	
Contrato No. y Fecha:	2602 del 19 de noviembre de 2024						
Contratista:	**JAIRO REY PARDO**				c.c. o Nit.	17.310.482	
Representante Legal:	N/A				c.c.	N/A	
Tipo de Pago:	Parcial		Final	X	Número de Pago:	1	

Señores Gerencia de Contaduría, sírvase elaborar la orden de pago de la cuenta que se anexa, por cuanto cumple con todos los requisitos para que sea cancelada, la cual tiene los siguientes soportes documentales:

N.	Documento (Marcar con X los documentos que aplican al pago, los que no con N/A)	Hacienda	Jurídica	Secop	Sia Observa
1	COPIA REGISTRO PRESUPUESTAL (Primer pago del contrato inicial o de la adición o cesión del contrato)	X	N/A	X	N/A
2	COPIA DEL CERTIFICADO DE BANCO DE PROGRAMAS Y PROYECTOS (Todos los pagos con proyectos de inversión y en la adición)	X	N/A	X	N/A
3	ORIGINAL CERTIFICADO SUPERVISOR AUTORIZANDO EL PAGO (F-BS-16)	X	X	X	X
4	COMPROBANTE DE ENTRADA A ALMACÉN (Para Contratos de suministro) (Copia Hacienda – Original Jurídica)	N/A	N/A	N/A	N/A
5	FACTURA DE VENTA O CUENTA DE COBRO DE BIENES O SERVICIOS (Original Hacienda – Copia Jurídica)	X	X	X	X
6	COPIA ACTA DE INICIO (F-BS-12) (Primer Pago)	X	N/A	X	N/A
7	COPIA CONTRATO O EL DOCUMENTO QUE HAGA SUS VECES (Primer Pago o cesión del contrato)	X	N/A	X	N/A
8	COPIA MODIFICACIONES DEL CONTRATO (Pago posterior a la modificación) (Para Adición último pago del contrato inicial y primer pago de la adición)	N/A	N/A	N/A	N/A
9	COPIA RUT. o NIT. COMPLETO (Primer pago o cesión del contrato) En Uniones Temporales o Consorcio presentar RUT completo de los participantes	X	N/A	X	N/A
10	COPIA ACTO ADMINISTRATIVO DE DESIGNACIÓN DEL SUPERVISOR (Primer Pago o si hay cambio de supervisor) (Nota 11)	X	N/A	X	N/A
11	CERTIFICACIÓN BANCARIA (Primer pago o si realiza cambio de cuenta)	X	N/A	X	N/A
12	PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL • Planilla integrada en la que conste el pago de aporte y el IBC. (Persona Natural). • Esquema de presunción de costos, de acuerdo a lo establecido por el ministerio de salud y protección social y la UGPP. (Trabajadores independientes por cuenta propia o con contrato diferente a prestación de servicios) • Certificado expedido por el representante legal y/o revisor fiscal (Si está obligado a tenerlo), donde acredite que se encuentra a paz y salvo con aportes a seguridad social y parafiscales durante los últimos 6 meses, anexando tarjeta profesional, cédula de ciudadanía y antecedentes de la profesión vigentes del revisor fiscal (Persona Jurídica)	X	X	X	X
13	COPIA CERTIFICADO DE AFILIACIÓN ARL (Primer pago del contrato inicial, cesión, o prorroga) (Persona Natural)	X	N/A	X	N/A
14	INFORME DEL CONTRATISTA	N/A	X	X	X
15	INFORME DEL SUPERVISOR (F-BS-23)	N/A	X	X	X
16	ACTA DE FINALIZACIÓN (F-BS-17)	X	X	X	X
17	ACTA DE LIQUIDACIÓN (F-BS-34) (Nota 1 y 2)	N/A	N/A	N/A	N/A

Valor a Pagar (Letras y Números):	**Tres Millones Setecientos Cincuenta Mil Pesos Mcte ($3.750.000)**

Cordialmente,

Nombre:	CESAR ANDRES GUARIN GONZALEZ	Nombre:	LEIDY SANCHEZ LOAIZA
Cargo:	Profesional Universitario Supervisor	Cargo:	Secretaria de Comunicaciones Ordenador del Gasto

ARCHIVO GCSJ
27 DIC 2024

11604 Secop 30/12/24 Paola

GOBERNACION DEL META

NIT. 892000148-8

REGISTRO PRESUPUESTAL DE COMPROMISOS

DEPARTAMENTO DEL META
NIT. 892.000.148-8

Registro No. **14052**

Vigencia: 2.024 **Fecha de Compromiso:** 22 de noviembre de 2024

Beneficiario REY PARDO JAIRO **Nit:** 17310482 - 9

No. C.D.P. : 4671 **Fecha de Expedición del C.D.P.:** 29 de octubre de 2024 **Con Formalidades Plenas**

Tipo de Compromiso Servicio

Comunicacion de aceptacion oferta: 2602 **Fecha:** 19/11/2024 **Vence:** 31/12/2024

Objeto: BPIN 2024005500234 PROMOVER LA DIVULGACION DE LA GESTION QUE REALIZA EL GOBIERNO DEL DEPARTAMENTO DEL META ASI COMO MANTENER INFORMADA A LA COMUNIDAD A TRAVES DE UN MEDIO DE COMUNICACION RADIAL SOBRE LOS EMPRENDIMIENTOS NEGOCIOS VERDES Y TURISMO SOSTENIBLE EN EL DEPARTAMENTO DEL META

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

Identificación Presupuestal	Concepto	Valor
Gastos-Inversión 0301 - 2.3.2.3.2302.0400.003.2.3.2.02.02.008 - 20	**BPIN 2024005500234 DESARROLLO DE ACCIONES Y ACTIVIDADES PARA LA DIVULGACIÓN Y PROMOCIÓN DE LA GESTIÓN DE GOBIERNO DEL DEPARTAMENTO DEL META** Servicios prestados a las empresas y servicios de producción Recurso Propio-Libre Destinación Ingresos Corrientes de libre destinacion **Clasificadores** --83633 3.750.000,00	3.750.000,00
	Total Compromisos	$3.750.000,00

Programación de Pagos

Mes	Valor
Noviembre	$3.750.000,00
Valor Total Prog.	$3.750.000,00

JAIDY ELAIKA NIETO
Gerente de Presupuesto

Elaboró: YBARRETOR

	CERTIFICADO DEL BANCO DE PROGRAMAS Y PROYECTOS DE INVERSIÓN DEPARTAMENTAL – BPPID – EJECUCIÓN DE RECURSOS	CÓDIGO:	F-PE-19
		VERSIÓN:	01

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

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

Certifica que el Proyecto:

DESARROLLO DE ACCIONES Y ACTIVIDADES PARA LA DIVULGACIÓN Y PROMOCIÓN DE LA GESTIÓN DE GOBIERNO DEL DEPARTAMENTO DEL META

Se encuentra registrado en el Banco de Programas y Proyectos de Inversión Departamental BPPID bajo el número: **2024005500234**

Observaciones: proyecto POAI2024- ajustado mediante decreto 367 de 2024.

En la fecha 19 de octubre de 2024, la Unidad Ejecutora ***SECRETARÍA DE COMUNICACIONES*** ha solicitado certificación de Banco de Programas y Proyectos para ejecución de recursos, conforme a la siguiente información:

Estructura del Plan de Desarrollo "***El Gobierno de la Unidad 2024-2027***":

PILAR 6. COMPONENE TRANSVERSAL DE GOBIERNO. 6.1 EJE ESTRATÉGICO DESARROLLO TERRITORIAL. 6.1.6 LÍNEA ESTRATÉGICA COMUNICAR A LA COMUNIDAD.	6.1.6.1 PROGRAMA CONFIANZA Y CREDIBILIDAD: RENDICIÓN PERMANENTE DE CUENTAS.	6.1.6.1.1 Subprograma Acceso a la información .	Sector 23 - Tecnologías de la información y las comunicaciones.	Meta 61061012301. Actualizar y ejecutar el plan de comunicaciones para promover las acciones, gestiones, programas y proyectos de la administración departamental y posicionar la imagen positiva del Meta.

1.Actividad o componente a ejecutar: *Promover la divulgación de las acciones del Gobierno Departamental en medios de comunicación locales y nacionales.*
Objeto del gasto: *Promover la divulgación de la gestión que realiza el gobierno del departamento del meta, así como mantener informada a la comunidad a través de un medio de comunicación radial, sobre las acciones de atencion a poblacion afrocolombiana en el departamento del Meta.* Valor: $4,500,000.00.Fuente de Financiación: 20 Ingresos Corrientes de Libre Destinacion
Certificación expedida en la ciudad de Villavicencio, en la fecha: 19 de octubre de 2024

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

Elaboro: LUIS ALFONSO GOMEZ BONILLA

BANCO DE PROGRAMAS Y PROYECTOS DE INVERSIÓN DEPARTAMENTAL

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

Contrato No. y Fecha:	2602 del 19/11/2024		
Contratista: (Persona natural o jurídica que figura en el contrato.)	Jairo Rey Pardo	**NIT/C.C.**	17.310.482
Representante Legal: (Soló para persona jurídica)	N/A	**C.C.**	N/A
Supervisor:	Cesar Andrés Guarín González	**C.C.**	86.088.752
Objeto: (Transcribir del contrato) **PROMOVER LA DIVULGACIÓN DE LA GESTIÓN QUE REALIZA EL GOBIERNO DEL DEPARTAMENTO DEL META, ASÍ COMO MANTENER INFORMADA A LA COMUNIDAD A TRAVÉS DE UN MEDIO DE COMUNICACION RADIAL, SOBRE LOS EMPRENDIMIENTOS, NEGOCIOS VERDES Y TURISMO SOSTENIBLE EN EL DEPARTAMENTO DEL META.**			
Valor inicial del contrato: (Letras y Números)	Tres millones setecientos cincuenta mil pesos m/cte ($3.750.000)		
Término Inicial de Ejecución:	Un (1) mes.		
Fecha de Inicio según Acta de Inicio:	25/11/2024	**Fecha Finalización según Acta de Inicio:**	24/12/2024

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

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

Forma de Pago: (Transcribir del contrato)
El Departamento del Meta pagará al contratista el valor de ejecución del contrato así: Un (1) único pago correspondiente a la ejecución del contrato, previa certificación de las cuñas e informes radiales emitidos, certificación de cumplimiento expedido por el supervisor y acreditación de que se encuentra a paz y salvo el contratista con los aportes al Sistema Integral de Seguridad Social y demás requisitos que le sean aplicables.

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

Contrato Inicial, Registro Presupuestal:					
Número y Fecha:	14052 de 22/11/2024	**Inversión**	X	**Funcionamiento**	
Rubro presupuestal:	0301-2.3.23.2302.0400.003.2.3.2.02.02.008-20				
Valor: (Letras y Números)	**Tres millones setecientos cincuenta mil pesos m/cte ($3.750.000)**				

Adición, Registro Presupuestal:					
Número y Fecha:	N/A	**Inversión**	N/A	**Funcionamiento**	N/A
Rubro presupuestal:	N/A				
Valor: (Letras y Números)	N/A				

Nota: Realice copia de la tabla si se presenta más de una adición

Obligaciones Generales del Contratista: (Transcribir del Estudio Previo)

1. Acatar las sugerencias de la supervisión encaminadas a mejorar el proceso.
2. Garantizar la afiliación ante el sistema de seguridad social integral en los términos establecidos en la ley 100 de 1993, (EPS, Fondo de Pensiones y ARL) y presentar constancia de pago durante la ejecución del contrato, conforme al acápite de FORMA DE PAGO.
3. El contratista deberá allegar certificado medio de ingreso legible (tendrá vigencia máxima de tres (3) años y será válido para todos los contratos que suscriba el contratista, de acuerdo con lo establecido en el artículo 18 del decreto 723 de 2013). (Persona Natural).
4. El contratista dentro del monto del contrato debe garantizar los gastos de transporte, materiales, insumos de apoyo logístico necesarios para el desarrollo del objeto del contrato.
5. Dar cumplimiento a la Ley 594 del 2000 (Ley General de archivo.)
6. Prestar los servicios con el personal y elementos propuestos, cualquier cambio será previamente autorizado por el Supervisor siempre que no sea de perfil inferior al ofertado.
7. Las actividades no se pueden realizar con personas o material que pueda interpretarse como mensajes de inclinación política, social, racial, religiosa o cualquier otro que pueda ofender o causar agravio a un grupo de personas.
8. Actuar de buena fe y diligentemente para con el supervisor del departamento y de la Gobernación del Meta; teniendo en cuenta que el Contratista se considera un colaborador del Estado en el cumplimiento de los fines sociales que busca la contratación, acorde con el estatuto contractual. Por lo cual, además deberá avisar oportunamente de aquellos aspectos que puedan generar obstáculo para el desarrollo de la prestación del servicio.
9. Entregar el informe de actividades al supervisor, dentro de los cinco (5) días siguientes cumplido el periodo mensual o parcial de ejecución del contrato.
10. Suscribir Actas de Inicio, Finalización y/o Liquidación del contrato.
11. Cobrar los bienes y/o servicios suministrados y certificados por el Supervisor, con cargo al contrato de acuerdo al acápite FORMA DE PAGO, para lo cual deberá radicar cuenta, con todos los soportes documentales requeridos en los formatos del Sistema Integrado de Gestión de la Gobernación del Meta, publicados en la página web de la entidad.
12. Guardar la debida reserva y confidencialidad sobre los documentos que le sean entregados o tenga conocimiento con ocasión de la ejecución del contrato; así mismos abstenerse de hacer uso de la información de la población objeto, obtenida con ocasión o como consecuencia directa de la ejecución del contrato.
13. Pagar y asumir los impuestos a que haya lugar, así como las demás obligaciones legales y tributarias que le competan de acuerdo con el marco normativo.
14. Cumplir las disposiciones y lineamientos dados en favor de la prevención, eliminación de lesiones, enfermedades y victima moral por ocasión del trabajo en el marco legal aplicable a los trabajadores en términos de seguridad y salud en el trabajo.

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

15. Cumplir las disposiciones y directrices en favor de la prevención de la contaminación y la protección del medio ambiente a través del control adecuado de residuos y consumo responsable de recursos,
16. Conocer y dar cumplimiento a las políticas y procedimientos de seguridad de la información establecida por la organización, pertinente al desarrollo del objeto contractual, de conformidad con lo establecido en el Sistema Integrado de Gestión.
17. Cargar en la plataforma del SECOP los documentos soporte de la cuenta de cobro junto con los informes de ejecución a más tardar dentro de los tres (39 días hábiles siguientes a la fecha de elaboración de la misma.
18. Las demás que por naturaleza del contrato se requieran en el transcurso del mismo.

Obligaciones Específicas del Contratista: (Transcribir del Estudio Previo)

1. Realizar la emisión de 45 cuñas y 15 informes radiales, durante el mes
2. Coordinar con el supervisor la entrega del material que será difundido, cuyas piezas radiales deber ser producidas por la Secretaria de Comunicaciones.
3. Presentar informe tanto en físico como en medio magnético (CD) de las actividades donde se relacionen todos los programas en los cuales se difunden las piezas radiales, enunciando la fecha, horario de cada programa, así como los minutos y segundos en que se trasmitieron cada uno de los mensajes.
4. Adjuntar la certificación expedida por el representante legal de la emisora o el gerente o director ejecutivo de la región, donde conste que se cumplió con el objeto del contrato en el programa y espacio radial.

Modificaciones y/o Adiciones:

N/A

Periodo de Pago:	Del	25/11/2024	Al	24/12/2024			
Tipo de Pago:	Anticipo		Parcial		Final	X	No. de Pago	1

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

Valor Total Autorizado a Pagar	
Valor Total Autorizado a Pagar (Letras Máximo 2 Decimales)	**Tres millones setecientos cincuenta mil pesos m/cte ($3.750.000)**

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

No. R.P.	Rubro Presupuestal	Clasificador Presupuestal	Valor a Afectar
14052	0301-2.3.23.2302.0400.003.2.3.2.02.02.008-20	83633	$3.750.000
Valor Total Autorizado a Pagar (números máximo 2 decimales)			**$3.750.000**

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

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

Lugar donde se suministra los bienes o se presta el Servicio:	
Municipio de Villavicencio	
Municipio	**Valor**
Villavicencio	$3.750.000
Valor Total Autorizado a Pagar (números máximo 2 decimales)	**$3.750.000**

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

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

Amortización del Anticipo

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

Balance Financiero de Ejecución del Contrato Inicial				
Concepto	**Valor** (Números máximo 2 Decimales)	**Periodo de Pago** DD/MM/AAAA		**% Ejecución Financiera**
		Del	**Al**	
Pago Autorizado en el Presente Informe	$3.750.000	25/11/2024	24/12/2024	100%
Saldo del Contrato Pendiente por Ejecutar	$0	N/A	N/A	0%
Valor Total del Contrato Inicial	$3.750.000	25/11/2024	24/12/2024	100%
Nota: Inserte o Elimine filas si requiere.				

Balance Financiero de Ejecución de la Adición				
Concepto	**Valor** (Números máximo 2 Decimales)	**Periodo de Pago** DD/MM/AAAA		**% Ejecución Financiera**
		Del	**Al**	
Pago Autorizado en el Presente Informe	$0	N/A	N/A	N/A
Saldo de la Adición Pendiente por Ejecutar	$0	N/A	N/A	N/A
Valor Total de la Adición	**$0**	**N/A**	**N/A**	**0%**

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

Nota: El número de pagos debe ser consecutivo, comienza en el balance financiero del contrato inicial y continúa en el balance financiero de la adición. Inserte o Elimine filas si requiere.
(Si no aplica diligenciar N/A)

Valor Total del Contrato Inicial más la Adición	$3.750.000

Pago de Seguridad Social (Persona Natural)	**Datos**	**Datos**	**Datos**
Periodo Cotizado	**NOVIEMBRE DEL 2024**	**DICIEMBRE DEL 2024**	**DICIEMBRE DEL 2024**
Número de Planilla	**82277318**	**82277365**	**82774281**
IBC (Ingreso Base de Cotización)	**$1.300.000**	**$1.300.000**	**$200.000**
Valor pagado a SALUD	**$162.500**	**$162.500**	**$25.000**
Valor pagado a PENSIÓN	**N/A**	**N/A**	**N/A**
Valor pagado a ARL	**$6.800**	**$6.800**	**$1.100**
Valor pagado a FSP	**N/A**	**N/A**	**N/A**
Nota: Si realizó pago para más de un Periodo o finalizando contrato Inserte nueva columna **Nota:** Si es persona jurídica se diligencia todo con N/A			

Pago de Seguridad Social: (Persona Jurídica)	**Si** **N/A**
Certificado expedido por el Representante legal	N/A
Certificado expedido por el Revisor fiscal	N/A
Nota: Si es persona natural se diligencia N/A	

Se expide como requisito esencial para que se efectúe el pago correspondiente.

Dado en Villavicencio, a los Veintiséis (26) días del mes de Diciembre de 2024.

Cordialmente,

CESAR ANDRES GUARIN GONZALEZ
Profesional Universitario
Supervisor

Villavicencio, 26 de diciembre de 2024

CUENTA DE COBRO No. 001

GOBERNACION DEPARTAMENTO EL META
NIT.: 892.000.148-8

DEBE A:
JAIRO REY PARDO
CC. 17.310.482 de VILLAVICENCIO

LA SUMA DE: **TRES MILLONES SETECIENTOS CINCUENTA MIL PESOS MCTE ($3.750.000)**

OBJETO DEL CONTRATO: **PROMOVER LA DIVULGACIÓN DE LA GESTIÓN QUE REALIZA EL GOBIERNO DEL DEPARTAMENTO DEL META, ASÍ COMO MANTENER INFORMADA A LA COMUNIDAD A TRAVÉS DE UN MEDIO DE COMUNICACION RADIAL, SOBRE LOS EMPRENDIMIENTOS, NEGOCIOS VERDES Y TURISMO SOSTENIBLE EN EL DEPARTAMENTO DEL META.**

TIPO DE CONTRATO: PRESTACION DE SERVICIOS
No. DE CONTRATO: 2602 de 19 DE NOVIEMBRE DE 2024
PERIODO: 25 DE NOVIEMBRE DE 2024 AL 24 DE DICIEMBRE DE 2024
LUGAR DE EJECUCIÓN: VILLAVICENCIO

Favor girar a la cuenta de Ahorros de Banco AGRARIO No. 4-450-13-02659-0- para lo cual se anexo certificación expedida por el Banco AGRARIO

CONTRATISTA

JAIRO REY PARDO
CC. 17.310.482 de VILLAVICENCIO

ACTA DE INICIO DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No. 2602 DEL AÑO 2024 CELEBRADO ENTRE EL DEPARTAMENTO DEL META Y JAIRO REY PARDO

Contrato No.:	2602 del 19 de noviembre de 2024		
Registro Presupuestal:	14052 del 22 de noviembre de 2024		
Contratista:	Jairo Rey Pardo	Nit./c.c.	17.310.482
Representante Legal:	N/A	c.c.	N/A
Supervisor:	Cesar Andrés Guarín González	c.c.	86.088.752
Objeto: **"Promover la divulgación de la gestión que realiza el gobierno del departamento del meta, así como mantener informada a la comunidad a través de un medio de comunicación radial, sobre los emprendimientos, negocios verdes y turismo sostenible en el departamento del Meta".**			
Valor total del contrato: (Letras y Números)	**Tres millones setecientos cincuenta mil pesos moneda corriente ($3.750.000)**		
Término de ejecución:	Un (1) mes		
Fecha Inicio:	25/11/2024	Fecha Finalización:	24/12/2024

En la ciudad de Villavicencio, **Cesar Andrés Guarín González**, Supervisor delegado identificado con cédula de ciudadanía número 86.088.752 **y Jairo Rey Pardo,** identificado con cédula de ciudadanía número 17.310.482, suscriben la presente Acta de Inicio, previa verificación de todos los documentos y requisitos legales.

De conformidad con lo establecido en el contrato se decide fijar el día 25 de noviembre de 2024 como fecha de Inicio del contrato citado.

En constancia firman:

JAIRO REY PARDO	**CESAR ANDRES GUARIN GONZALEZ**
Contratista	Supervisor

Firma:	
Nombre:	Tatiana Caballero R.
Cargo:	CPS-Profesional
Proyectó:	

1). Formato Fecha dd/mm/aaaa.
2). El resaltado es para modificar o eliminar.
3). No elimine filas, los datos que no aplican debe identificarlos como N/A.
4). Verificar la vigencia del documento en el listado maestro de documentos.

121

COMUNICADO DE ACEPTACIÓN DE LA OFERTA No 2602 DEL AÑO 2024
(Decreto 1082 de 2015 Articulo 2.2.1.2.1.5.2)

Villavicencio,

Señores:
JAIRO REY PARDO
C.C. 17.310.482 de Villavicencio
Dirección: Calle 38 34 41 Of 401 - Centro
Celular.: 3102617413
Villavicencio (M)

Referencia: Aceptación oferta Mínima Cuantía No. **GCSJ-MC-082-2024**

El Departamento del Meta, en desarrollo del proceso de contratación por la modalidad de Selección de Mínima Cuantia **GCSJ-MC-082-2024,** procede con el presente documento a aceptar la oferta presentada por usted en la plataforma del Secop II.

De conformidad con lo establecido en el numeral d) del Articulo 94 de la ley 1474 de 2011, y Articulo 2.2.1.2.1.5.2. del Decreto 1082 de 2015, esta comunicación junto con la oferta, constituyen para todos los efectos el contrato celebrado.

A continuación, ponemos en su conocimiento las condiciones de la aceptación de la oferta, a las que se supedita la ejecución del objeto del contrato, sin perjuicio de lo señalado en los estudios y documentos previos, en la invitación y en la oferta, documentos que hacen parte integral del contrato.

La suscrita **LEIDY SANCHEZ LOAIZA** identificada con cédula de ciudadanía número 40.218.856 de Villavicencio, **Secretaria de Comunicaciones** del Departamento del Meta, nombrada mediante Decreto No. 011 del 2 de enero de 2024 y posesionada según consta en el Acta No.007 de fecha 2 de enero de 2024, facultada para contratar en nombre y representación del Departamento del Meta mediante Decreto No. 275 del 22 de mayo de 2020, teniendo en cuenta la evaluación jurídica, técnica y económica realizada por el comité asesor y evaluador designado mediante acto administrativo de fecha 12 de noviembre de 2024, encuentra que la oferta cumple con los requisitos habilitantes, es acorde al Estatuto Contractual Ley 80 de 1993 y conviene para el cumplimiento del objeto: **PROMOVER LA DIVULGACIÓN DE LA GESTIÓN QUE REALIZA EL GOBIERNO DEL DEPARTAMENTO DEL META, ASÍ COMO MANTENER INFORMADA A LA COMUNIDAD A TRAVÉS DE UN MEDIO DE COMUNICACION RADIAL, SOBRE LOS EMPRENDIMIENTOS, NEGOCIOS VERDES Y TURISMO SOSTENIBLE EN EL DEPARTAMENTO DEL META.**

Aceptar la oferta que se relaciona a continuación:

Contratista:	JAIRO REY PARDO	C.C.:	17.310.482 de Villavicencio
Representante Legal:	N/A	Nit.:	N/A
Objeto del contrato:			
PROMOVER LA DIVULGACIÓN DE LA GESTIÓN QUE REALIZA EL GOBIERNO DEL DEPARTAMENTO DEL META, ASÍ COMO MANTENER INFORMADA A LA COMUNIDAD A TRAVÉS DE UN MEDIO DE			

COMUNICADO DE ACEPTACIÓN DE LA OFERTA No 2602 DEL AÑO 2024
(Decreto 1082 de 2015 Articulo 2.2.1.2.1.5.2)

COMUNICACION RADIAL, SOBRE LOS EMPRENDIMIENTOS, NEGOCIOS VERDES Y TURISMO SOSTENIBLE EN EL DEPARTAMENTO DEL META.	
Valor total del contrato:	**Tres millones setecientos cincuenta mil pesos moneda corriente ($3.750.000)**
Término de ejecución:	**UN (1) MES**

No. CDP	FECHA EXPEDICIÓN	TRAZADOR	CPC	RUBRO PRESUPUESTAL	Situación (SSF – CFF aplica solo regalías)	VALOR CDP	VALOR A EJECUTAR
4671	29/10/2024	Adolescencia	83633	0301-2.3.23.2302.0400.003.2.3.2.02.02.008-20	N/A	$3.750.000	$3.750.000
	TOTALES					$3.750.000	$3.750.000

FORMA DE PAGO: EL DEPARTAMENTO pagará al contratista el valor de ejecución del contrato así: Un (1) único pago correspondiente a la ejecución del contrato, previa certificación de las cuñas e informes radiales emitidos, certificación de cumplimiento expedido por el supervisor y acreditación de que se encuentra a paz y salvo el contratista con los aportes al Sistema Integral de Seguridad Social y demás requisitos que le sean aplicables.

Parágrafo: Para el pago final se debe anexar, acreditación de pago de parafiscales, seguridad social del personal empleado para la ejecución del contrato, el respectivo informe final de actividades elaborado por el operador; y avalado por el supervisor del contrato; certificación justificada del cumplimiento de las obligaciones contractuales, laborales y de seguridad social en salud, pensiones y riesgos laborales del contratista firmado por el supervisor del contrato; acta de finalización y liquidación bilateral de contrato.

TÉRMINO Y LUGAR DE EJECUCIÓN. El contrato tendrá un término de ejecución UN (01) MES, contados a partir de la firma del Acta de Inicio, la cual debe ser firmada máximo dentro de los cinco (05) días siguientes a la fecha de nombramiento del supervisor, previo el cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y legalización; **EL LUGAR** de ejecución del presente En el Municipio de Villavicencio-Meta.

SUPERVISIÓN. El DEPARTAMENTO ejercerá la supervisión del presente contrato, a través del Ordenador del Gasto o quien este designe, el cual tendrá las siguientes obligaciones:

1. Los supervisores responderán disciplinaria, civil y penalmente por sus acciones y omisiones en la actuación contractual en los términos de la Constitución y la Ley (artículo 51 de la Ley 80 de 1993 y artículo 84 del Estatuto Anticorrupción - Ley 1474 de 2011).
2. Rendir informes escritos los cuales deben contener el resumen del desarrollo del contrato.
3. Suscribir Actas de Inicio, Finalización y/o Liquidación del contrato.
4. Informar oportunamente a la Secretaría Jurídica cualquier anomalía o incumplimiento por parte del contratista.
5. Todas aquellas actividades que garanticen la normal ejecución y cumplimiento del contrato de acuerdo con el programa establecido y las demás contenidas en la Ley.
6. Dar cumplimiento a la Ley 594 del 2000 (Ley General de Archivo).

COMUNICADO DE ACEPTACIÓN DE LA OFERTA No 2602 DEL AÑO 2024
(Decreto 1082 de 2015 Articulo 2.2.1.2.1.5.2)

7. Dar cumplimiento al Decreto No 0332 de 2016 por medio de la cual se Actualiza el Manual de Contratación, Interventoría y Supervisión del Departamento del Meta.
8. Publicar en la plataforma electrónica del SECOP todos los documentos del proceso que hacen parte integral de la etapa contractual y postcontractual.
9. Allegar de manera oportuna, dentro de los cinco (5) días siguientes a la suscripción del acta de inicio la información requerida por la plataforma SIA OBSERVA para su publicación.
10. El supervisor deberá responder por la calidad y veracidad de la información reportada en las plataformas electrónicas (SECOP y SIA OBSERVA), así como, en el expediente físico que reposa en el Archivo de Gestión de la Gerencia de Asuntos Contractuales, en las diferentes etapas del proceso hasta su finalización y/o liquidación.

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

Por lo anterior y con base en el análisis de riesgos sustentado en el estudio previo y en razón a que se realizará en un único pago, además se exigirá al contratista la presentación de informes en la ejecución del contrato, se considera que no existe riesgo para el ente gubernamental que amerite la exigencia de garantías.

VIGENCIA: La vigencia del contrato será por el término de ejecución del mismo y cuatro (4) meses más.

La presente comunicación de aceptación de la oferta, se publica en el SECOP II, (Decreto 1082 de 2015 Artículo 2.2.1.1.1.7.1). 19 NOV 2024 V.B.

	PARA PUBLICAR EN SECOP II JUAN PABLO REYES G.
LEIDY SANCHEZ LOAIZA	**JUAN PABLO REYES GONZALEZ**
Secretaria comunicaciones	Vo. Bo. Para Publicación en Secop II Gerente de Asuntos Contractuales

Firma:		Firma:	
Nombre:		Nombre:	Mouad.
Cargo:		Cargo:	Abg GAC
Proyecto		Reviso	

DEPARTAMENTO DEL META
GERENCIA DE PRESUPUESTO
RECIBÍ
FECHA. 21 NOV. 2024
HORA. 2:25

DEPARTAMENTO DEL META
GERENCIA DE PRESUPUESTO
RECIBÍ
FECHA. 22 NOV. 2024
HORA. 1:00

DEPARTAMENTO DEL META
GERENCIA DE PRESUPUESTO
RECIBÍ
FECHA. 26 NOV. 2024
HORA. 1:30

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14835715272

(415)7707212489984(8020) 000001483571527 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
1 7 3 1 0 4 8 2	9	Impuestos y Aduanas de Villavicencio	2 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 7 3 1 0 4 8 2	1 9 7 6 0 8 2 6

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
REY	PARDO	JAIRO	

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla
VISION NACIONAL	

UBICACIÓN

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

41. Dirección principal: CR 31 38 55 OF 201

42. Correo electrónico: jairoreypardo@gmail.com

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
7 3 1 0	2 0 0 9 0 2 2 4	5 8 1 3	2 0 2 0 0 9 0 7	6 1 1 0	8 2 9 9	2 4 5 1	

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
2	2	4	9																						

53. Código

22- Obligado a cumplir deberes formales a

) - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

54. Código

11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2024 - 12 - 30 / 10 : 11: 20

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 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre REY PARDO JAIRO
985. Cargo CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 30-12-2024 10:38:58AM

DEPARTAMENTO DEL **META**

NIT. 892.000.148-8

RESOLUCIÓN No.142 DE 2024
"Por medio de la cual se nombra un supervisor"

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

Que se hace necesario nombrar un supervisor dependiente de la Secretaría de Comunicaciones, para que actúe como supervisor del contrato No. **2602** de **2024**, celebrado entre el departamento del Meta y **JAIRO REY PERDOMO,** identificado con número de cédula **17.310.482.**

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: Asignar a la profesional, **Cesar Andres Guarin González,** Identificado con cedula de ciudadanía No. **86.088.752** expedida en Villavicencio para que actúe como supervisora del contrato No. **2602** de **2024** cuyo objeto es **"PROMOVER LA DIVULGACIÓN DE LA GESTIÓN QUE REALIZA EL GOBIERNO DEL DEPARTAMENTO DEL META, ASÍ COMO MANTENER INFORMADA A LA COMUNIDAD A TRAVÉS DE UN MEDIO DE COMUNICACION RADIAL, SOBRE LOS EMPRENDIMIENTOS, NEGOCIOS VERDES Y TURISMO SOSTENIBLE EN EL DEPARTAMENTO DEL META".**

ARTICULO SEGUNDO: El Supervisor tendrá entre sus funciones:

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

ARTICULO TERCERO: Los supervisores responderán disciplinaria, civil y penalmente por sus acciones y omisiones en la actuación contractual en los términos de la Constitución y la Ley (artículo 51 de la Ley 80 de 1993 y artículo 84 del Estatuto Anticorrupción - Ley 1474 de 2011).

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

COMÚNIQUESE Y CUMPLASE:

Dado en Villavicencio, Meta, el veinticinco (25) día del mes de noviembre de 2024.

LEIDY SÁNCHEZ LOAIZA
Secretaria de Comunicaciones

Proyectó: Leandra Ruiz

Banco Agrario de Colombia
El Banco que hace crecer el campo

Nit : 800.037.800-8

CERTIFICACION

El Banco Agrario de Colombia, certifica que: REY PARDO JAIRO, identificado(a) con CEDULA DE CIUDADANIA No. 17310482, se encuentra vinculado(a) con nuestra entidad en el producto de: AHO - CUENTAS AHORROS, número 4-450-13-02659-0, con una antigüedad de CINCO (5) año(s).

Se expide en VILLAVICENCIO, a los diez (10) días del mes de enero de 2024, con destino a: AL INTERESADO

Banco Agrario de Colombia
Of. Villavicencio - Meta

DIRECTOR (A) OFICINA

FIRMA AUTORIZADA

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	17310482	JAIRO REY PARDO	Calle 38 32 41 of 401	3102617413	jairoreypardo@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	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
2024-11	2024-11	I	03/12/2024	82277318	TOTAL A PAGAR	
					$169.300	

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					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	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

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										
14-4	Vida Colpatria S.A.	860002183-9	6.800				6.800	0	0	6.800			68	6.800	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	0	0	0
Riesgos Laborales	1	6.800	6.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	2	169.300	169.300

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	17310482	JAIRO REY PARDO		Calle 38 32 41 of 401	3102617413	jairoreypardo@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	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
					TOTAL A PAGAR	
2024-11	2024-11	I	05/12/2024	82277318	$169.300	

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	IRA	TDE	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	17310482	REY PARDO JAIRO	57	3			N																		0	0	0	0	0	0	EPS002	1.300.000	162.500	14-4	1.300.000	1	6.800		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	17310482	JAIRO REY PARDO	Calle 38 32 41 of 401	3102617413	jairoreypardo@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	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-12	2024-12	I	03/12/2024	82277365	$169.300	

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					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	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

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										
14-4	Vida Colpatria S.A.	860002183-9	6.800				6.800	0	0	6.800			68	6.800	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	0	0	0
Riesgos Laborales	1	6.800	6.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	2	169.300	169.300

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	17310482	JAIRO REY PARDO	Calle 38 32 41 of 401	3102617413	jairoreypardo@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	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-12	2024-12	I	03/12/2024	82277365	$169.300	

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	17310482	REY PARDO JAIRO	57	3			N																			0	0	0	0	0	EPS002	1.300.000	162.500	14-4	1.300.000	1	6.800		0	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	17310482	JAIRO REY PARDO	Calle 38 32 41 of 401	3102617413	jairoreypardo@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	UPC
82277365	03/12/2024				1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-12	2024-12	N	20/12/2024	82774281	$26.100	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD												
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	25.000	0		0		0	0	0	0	25.000	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

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										
14-4	Vida Colpatria S.A.	860002183-9	1.100				1.100	0	0	1.100			11	1.100	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	25.000	25.000
Pensión	0	0	0
Riesgos Laborales	1	1.100	1.100
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	2	26.100	26.100

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	17310482	JAIRO REY PARDO	Calle 38 32 41 of 401	3102617413	jairoreypardo@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	UPC
82277365	03/12/2024				1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-12	2024-12	N	20/12/2024	82774281	$26.100	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cólom. 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	17310482	REY PARDO JAIRO	57	3			N																		0	0	0	0	0	0	EPS002	1.500.000	187.500	14-4	1.500.000	1	7.900		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Noticiero Atmósfera Nacional
Prensa : Radio : web

AFILIADA A CARACOL RADIO

La Voz de los Centauros 1.140 AM en Villavicencio Lunes a Viernes de 11:00 AM a 1:00 PM

Villavicencio diciembre de 2024

CERTIFICACIÓN

Yo, Jairo Rey Pardo, identificado con cédula de ciudadanía Número 17.310.482 de Villavicencio, **CERTIFICO** por medio de la presente, que me encuentro exento del pago de pensión, por tratarse de que ya cumplí la edad para tal fin que son los 62 años, como lo demuestro con la copia de cedula de ciudadanía donde se aprecia la fecha de Nacimiento que es el 29 de Octubre de 1.957

Agradezco de antemano la atención que se dignen prestar a la presente, y quedo atento a cualquier inquietud. Anexo Fotocopia de mi cédula de ciudadanía.

Atte.

JAIRO REY PARDO
CC 17.310.482
Celular 3102617413

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **JAIRO REY PARDO** identificado con **CC** No. **17310482**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
DEPARTAMENTO DEL META - NI. 892000148	**Fecha de inicio de cobertura:** 27/11/2024 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 25/11/2024 **Fecha fin de Contrato:** 24/12/2024 **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 1

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

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202401021637023.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 28 días del mes de noviembre de 2024.

Cordialmente,

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

DEPARTAMENTO DEL META NIT. 892.000.148-8	ACTA DE FINALIZACIÓN	CÓDIGO:	F-BS-17
		VERSIÓN:	04

ACTA DE FINALIZACIÓN DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No. 2602 DEL AÑO 2024 CELEBRADO ENTRE EL DEPARTAMENTO DEL META Y JAIRO REY PARDO

Contrato No. y Fecha:	2602 del 19/11/2024		
Registro Presupuestal No. y Fecha:	14052 de 22/11/2024		
Contratista:	Jairo Rey Pardo	Nit./c.c.	17.310.482
Representante Legal:	N/A	c.c.	N/A
Supervisor:	Cesar Andrés Guarín González	c.c.	86.088.752
Objeto:			
PROMOVER LA DIVULGACIÓN DE LA GESTIÓN QUE REALIZA EL GOBIERNO DEL DEPARTAMENTO DEL META, ASÍ COMO MANTENER INFORMADA A LA COMUNIDAD A TRAVÉS DE UN MEDIO DE COMUNICACION RADIAL, SOBRE LOS EMPRENDIMIENTOS, NEGOCIOS VERDES Y TURISMO SOSTENIBLE EN EL DEPARTAMENTO DEL META.			
Valor inicial del contrato: (Letras y Números)	Tres millones setecientos cincuenta mil pesos m/cte ($3.750.000)		
Término Inicial de Ejecución:	Un (1) mes.		
Fecha de Inicio según Acta de Inicio:	25/11/2024	Fecha Finalización según Acta de Inicio:	24/12/2024

Modificaciones (Adiciones, Prórrogas, Suspensiones, Cesiones, Reinicios)			
Tipo de Modificación	Fecha de expedición del documento	Valor (Aplica solo para adiciones)	Tiempo (aplica solo para prórrogas)
N/A	N/A	N/A	N/A
Término Total de Ejecución: (Inicial + prórroga)	N/A	Fecha Finalización: (Inicial + prórroga)	N/A
Valor total del contrato, incluyendo adiciones: (Letras y Números)	N/A		
*Diligencie sólo si existen modificaciones, de lo contrario N/A **Inserte filas si requiere			

En la ciudad de Villavicencio, el(la) señor(a) **CESAR ANDRÉS GUARÍN GONZÁLEZ,** Supervisor(a) delegado(a) identificado(a) con cédula de ciudadanía número 86.088.752, y **JAIRO REY PARDO** identificado(a) con cédula de ciudadanía o Nit. número 17.310.482, suscriben la presente Acta de Finalización, previa verificación de todos los documentos y requisitos legales.

En constancia se firma, a los 26 días, del mes diciembre del año 2024

JAIRO REY PARDO	**CESAR ANDRÉS GUARÍN GONZÁLEZ**
Contratista	Supervisor