	RECONOCIMIENTO Y PAGO PARA CONTRATOS O CONVENIOS (PAGO PARCIAL O FINAL)	CÓDIGO:	F-BS-15
		VERSIÓN:	6

1419

Fecha de Elaboración del Reconocimiento:	06 OCT 2025	**Periodo de Pago:**	**Del**	11/07/2025	**Al**	10/08/2025	
Contrato No. y Fecha:	1362 DEL 10 DE JULIO DE 2025						
Contratista:	CAMILO ANDRÉS SÁNCHEZ PARRA			**c.c. o Nit. No.**	1.121.865.603		
Representante Legal:	N/A			**c.c. No.**	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)	X	X	X	X
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 23)	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 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, c.c. y antecedentes de la profesión vigentes del revisor fiscal (Persona Jurídica)	X	X	X	X
13	COPIA CERTIFICADO DE AFILIACIÓN ARL (Primer pago del contrato inicial, cesión, o prorroga) (Persona Natural)	N/A	N/A	N/A	N/A
14	INFORME DEL CONTRATISTA	N/A	X	X	X
15	INFORME DEL SUPERVISOR (F-BS-23)	N/A	X	X	X
16	ACTA DE FINALIZACIÓN (F-BS-17)	X	X	X	X
17	ACTA DE LIQUIDACIÓN (F-BS-34) (Nota 14 y 15)	X	X	X	X
18	ACTA PARCIAL DE OBRA Y/O RECIBO FINAL (Todos los pagos con proyectos de inversión y la adición)	N/A	N/A	N/A	N/A
19	SALIDA DE ALMACÉN – INSTALACIÓN DE BIENES (Firmada) (Para contratos de suministro) (Copia Hacienda – Original Jurídica)	X	X	X	X

Valor a Pagar (Letras y Números): **SETENTA Y OCHO MILLONES CIENTO OCHENTA MIL NOVECIENTOS PESOS M/CTE ($78.180.900,00).**

Cordialmente,

Firma:		Firma:	
Nombre:	DIANA MARCELA GIRALDO AVILA	Nombre:	CARMEN LEONOR CUBILLOS ROJAS
Cargo:	SECRETARIA SOCIAL	Cargo:	Gerente de Adulto Mayor y Personas con Discapacidad
	Ordenador del Gasto		Supervisor

Firma:			
Nombre:	CARMEN LEONOR CUBILLOS ROJAS	BRENDA E. MARTÍNEZ REINA	AURA MARCELA RUBIO VERA
Cargo:	Gerente de Adulto Mayor y Personas con Discapacidad	CPS No. 1574 DE 2025	CPS No. 1630 DE 2025
Acción:	Revisión del Directivo	Revisión Jurídica	Revisión Financiera
	Área Ordenadora del Gasto		

DEPARTAMENTO DEL META NIT: 892 200 149-8	CERTIFICADO DEL SUPERVISOR AUTORIZANDO PAGO	CÓDIGO:	F-BS-16
		VERSIÓN:	06

Contrato No. y Fecha:	1362 DEL 10 DE JULIO DE 2025		
Contratista:	CAMILO ANDRÉS SÁNCHEZ PARRA	**Nit./c.c.**	1.121.865.603
Representante Legal:	N/A	**c.c.**	N/A
Supervisor:	CARMEN LEONOR CUBILLOS ROJAS DIANA MARCELA GIRALDO AVILA	**c.c.**	40.390.778 1.119.886.558
Objeto:			
SERVICIO DE APOYO LOGISTICO PARA GARANTIZAR LA PARTICIPACION DE ADULTO MAYORAL AL ENCUENTRO NACIONAL UN NUEVO COMIENZO OTRO MOTIVO PARA VIVIR.			
Valor inicial del contrato:	**Setenta y ocho millones ciento ochenta mil novecientos pesos m/cte ($78.180.900).**		
Término Inicial de Ejecución:	UN (1) MES		

Fecha de Inicio según Acta de Inicio:	11/07/2025	**Fecha Finalización según Acta de Inicio:**	10/08/2025

Modificaciones (Adiciones, Prórrogas, Suspensiones, Cesiones, Reinicios, Reducciones y Otras)			
Tipo de Modificación	**Valor de la Modificación** (Cuando Aplique)	**Fecha de expedición del documento**	**Tiempo de Modificación** (Cuando Aplique)
N/A	N/A	N/A	N/A
*Si no existen modificaciones diligencie casillas con N/A **Inserte filas si requiere			

Término Total de Ejecución: (Solo cuando existan modificaciones)	N/A	**Fecha Finalización:** (Solo cuando existan modificaciones)	N/A
Valor total del contrato +/- las modificaciones: (Solo cuando existan modificaciones) (Letras y Números)	N/A		
*Si no existen modificaciones diligencie casillas con N/A			

Forma de Pago: (Transcribir del contrato o del documento que haga sus veces)

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

UN PAGO por el 100% del valor del contrato una vez se haya dado cumplimiento de las obligaciones del contrato, previa presentación de informes de actividades con sus soportes y recibido a satisfacción del servicio por parte del supervisor, acreditación de pago de seguridad social y parafiscal, facturas y demás documentos exigidos y la suscripción de la respectiva acta de liquidación firmada por el ordenador del gasto y el contratista, con sus respectivos documentos.

Nota: Teniendo en Cuenta la circular informativa No. 269 del 25 de septiembre de 2020, expedida por la secretaria de Hacienda- Gerencia de contaduría del Departamento del Meta, a partir del 01 de octubre de 2020 el Departamento del Meta ingresa a ser FACTURADOR ELECTRÓNICO, de conformidad con el decreto 358 del 05-03-2020 y la resolución 0042 del 05-05-2020, dicho lo anterior a partir de esta fecha todos los proveedores de bienes y servicios deben enviar facturas electrónicas.

DEPARTAMENTO DEL META NIT. 892 099 149-9	CERTIFICADO DEL SUPERVISOR AUTORIZANDO PAGO	CÓDIGO:	F-BS-16
		VERSIÓN:	06

Registro Presupuestal (Contrato Inicial):					
Número y Fecha:	7458 de julio 11 de 2025	**Inversión**	X	**Funcionamiento**	
Rubro presupuestal:	0301-2.3.41.4104.1500.001.2.3.2.02.02.008-20RB				
Valor: (Letras y Números)	$3.850.000				
*Realice copia de la tabla si tiene más de un Registro Presupuestal					

Registro Presupuestal (Contrato Inicial):					
Número y Fecha:	7459 de julio 11 de 2025	**Inversión**	X	**Funcionamiento**	
Rubro presupuestal:	0301-2.3.41.4104.1500.001.2.3.2.02.02.006-20RB				
Valor: (Letras y Números)	$5.853.591				
*Realice copia de la tabla si tiene más de un Registro Presupuestal					

Registro Presupuestal (Contrato Inicial):					
Número y Fecha:	7460 de julio 11 de 2025	**Inversión**		**Funcionamiento**	
Rubro presupuestal:	0301-2.3.41.4104.1500.001.2.3.2.02.01.002-20RB				
Valor: (Letras y Números)	$68.477.309				
*Realice copia de la tabla si tiene más de un Registro Presupuestal					

Registro Presupuestal (Adición):					
Número y Fecha:	N/A	**Inversión**	N/A	**Funcionamiento**	N/A
Rubro presupuestal:	N/A				
Valor: (Letras y Números)	N/A				
*Si no existen adiciones diligencie con N/A ** 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 médico 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.

DEPARTAMENTO DEL META NIT 892 099 143-8	CERTIFICADO DEL SUPERVISOR AUTORIZANDO PAGO	CÓDIGO:	F-BS-16
		VERSIÓN:	06

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 mismo 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 víctima mortal por ocasión del trabajo en el marco legal aplicable a los trabajadores en términos de seguridad y salud en el trabajo.
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 estipulado 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 (3) 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. Presentar el cronograma de las actividades que se van a desarrollar al supervisor para revisión y aprobación antes de iniciar la ejecución del Contrato.
2. Disponer de los elementos necesarios para la participación en el encuentro Nacional.
3. Garantizar el hospedaje o estadía de los participantes al encuentro nacional.
4. Garantizar la prestación del servicio de transporte terrestre, bajo las condiciones técnicas indicadas.
5. Garantizar la buena prestación del servicio de alimentación (desayuno, almuerzo, cena y refrigerios) de acuerdo con las indicaciones técnicas solicitadas, que deberá estar disponible en las cantidades requeridas para el consumo libre de los participantes del cual deberá dejar el correspondiente registro y evidencia fotográfica.
6. Entregar planillas de registro de los participantes del evento según el servicio prestado y detalle entregado: alimentación, transporte, alojamiento y souvenir.
7. Garantizar dentro del monto del contrato los gastos por transporte, materiales e insumos necesarios para desarrollar el objeto del Contratado.
8. Garantizar los elementos publicitarios del evento que representan y conmemoran el encuentro nacional.
9. Contar con un (1) coordinador idóneo para la planeación y ejecución de las actividades del evento, así como la dirección y manejo del personal de apoyo y demás que se requiera para llevar a cabo el encuentro.
10. El Contratista deberá informar al Supervisor el nombre y los datos de identificación del personal logístico que tenga a cargo.
11. Garantizar la entrega de los souvenirs para el encuentro nacional.
12. El contratista debe presentar un informe consolidando las actividades realizadas el cual debe contener: a) Informe escrito y fotográfico b) Planilla de control de asistencia con los datos teniendo en cuenta el enfoque diferencial de las personas participantes.
13. Guardar la debida reserva y confidencialidad sobre los documentos que le sean entregados o tenga conocimiento con ocasión de la ejecución del contrato

DEPARTAMENTO DEL META NIT. 892.099.149-8	CERTIFICADO DEL SUPERVISOR AUTORIZANDO PAGO	CÓDIGO:	F-BS-16
		VERSIÓN:	06

14. El contratista deberá realizar la entrada y la salida de los suministros a utilizar en el almacén departamental de la Gobernación del Meta.
Modificaciones: (Transcribir las cláusulas modificadas) (Si no existen modificaciones diligencie N/A)
N/A

Periodo de Pago:	Del	11/07/2025	Al	10/08/2025			
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)	No. 331 del 22 de septiembre 2025
No. de Comprobante de Salida a Almacén: (Contratos cuando se requiera instalación de bienes)	No.236 del 22 de septiembre 2025

Valor Total Autorizado a Pagar	
Valor Total Autorizado a Pagar (Letras y números, máximo 2 Decimales)	**Setenta y ocho millones ciento ochenta mil novecientos pesos m/cte ($78.180.900).**

No. R.P. A Afectar	**Rubro Presupuestal**	**Clasificador Presupuestal**	**Valor a Afectar**
7458	0301-2.3.41.4104.1500.001.2.3.2.02.02.008-20RB	83990	$3.850.000
		TOTAL	**$3.850.000**
7459	0301-2.3.41.4104.1500.001.2.3.2.02.02.006-20RB	63111	$3.470.285
		64220	$2.383.306
		TOTAL	**$5.853.591**
7460	0301-2.3.41.4104.1500.001.2.3.2.02.01.002-20RB	2399799	$3.511.150
		29420	$3.242.788
		2826207	$13.465.600
		2822501	$11.030.220
		2822101	$24.511.600
		2922216	$3.653.070
		2822603	$6.075.300
		2719002	$2.987.681
		TOTAL	**$68.477.309**
Valor Total Autorizado a Pagar (números máximo 2 decimales)			**$78.180.900**

Lugar donde se suministra los bienes o se presta el Servicio: (Según contrato)	
El lugar de ejecución del presente contrato será en el Municipio de Villavicencio del Departamento del Meta	
Municipio (Según Ejecución del Periodo de Pago)	**Valor**
Villavicencio	**$78.180.900**
Valor Total Autorizado a Pagar (números máximo 2 decimales)	**$78.180.900**

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

Anticipo (Letras y Números máximo 2 Decimales)	_____N/A_____ m/cte. ($ _ N/A__)

DEPARTAMENTO DEL META	CERTIFICADO DEL SUPERVISOR AUTORIZANDO PAGO	CÓDIGO:	F-BS-16
		VERSIÓN:	06

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 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

*Si no existe Anticipo diligencie casillas con N/A
**Inserte filas si requiere

Balance Financiero de Ejecución del Contrato Inicial

Concepto	Periodo de Pago DD/MM/AAAA		Valor (Números máximo 2 Decimales)	% Ejecución Financiera
	Del	Al		
Pago Autorizado en el Presente Informe	11/07/2025	10/08/2025	$78.180.900	100%
Valor Total del Contrato Inicial	**11/07/2025**	**10/08/2025**	**$78.180.900**	**100%**

*
Inserte o Elimine filas si requiere.
**Diligenciar en orden cronológico

Balance Financiero de Ejecución de la Adición

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

*Inserte o Elimine filas si requiere.
**Si no existe Adición diligencie casillas con N/A
***Diligenciar en orden cronológico.
****El número de pagos debe ser consecutivo, comienza en el balance financiero del contrato inicial y continúa en el balance financiero de la adición.

Valor Total del Contrato Inicial más la Adición	$78.180.900

DEPARTAMENTO DEL META NIT 892 099 148-8	CERTIFICADO DEL SUPERVISOR AUTORIZANDO PAGO	CÓDIGO:	F-BS-16
		VERSIÓN:	06

Pago de Seguridad Social (Persona Natural)	Datos	
Periodo Cotizado	Julio	Agosto
Número de Planilla	1073935551	1074649494
IBC (Ingreso Base de Cotización)	1.600.000	1.600.000
Valor pagado a SALUD	200.000	200.000
Valor pagado a PENSIÓN	256.000	256.000
Valor pagado a ARL	8.400.	8.400.
Valor pagado a FSP	9.600	9.600

*Inserte COLUMNA por cada planilla de pago
**Si es persona JURÍDICA se diligencia con N/A

Pago de Seguridad Social: (Persona Jurídica)	Si N/A
Certificado expedido por el Representante Legal o Revisor Fiscal	N/A
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 22 días del mes de septiembre de 2025.

Cordialmente,

Firma:	
Nombre:	**CARMEN LEONOR CUBILLOS ROJAS**
Cargo:	Gerente de la Gerencia de Adulto Mayor y Personas con Discapacidad
Supervisor	

156

CAMILO ANDRES SANCHEZ PARRA

NIT. 1.121.865.603-3

Villavicencio, Septiembre 22 de 2025

LA GOBERNACION DEL META
NIT. 892.000.148-8

DEBE A:

CAMILO ANDRES SANCHEZ PARRA
C.C. 1.121.865.603 DE VILLAVICENCIO

LA SUMA DE: SETENTA Y OCHO MILLONES CIENTO OCHENTA MIL NOVECIENTOS PESOS M/CTE ($ 78.180.900,00).

POR CONCEPTO DE:

"SERVICIO DE APOYO LOGISTICO PARA GARANTIZAR LA PARTICIPACION DE ADULTO MAYOR AL ENCUENTRO NACIONAL UN NUEVO COMIENZO OTRO MOTIVO PARA VIVIR"

Ítem	Descripción	Unidad de Medida	No. Días	Cant.	Vr. Unitario	Vr. Total
1	HOSPEDAJE TIPO A: SERVICIO DE ALOJAMIENTO EN ACOMODACIÓN SENCILLA - PARA LAS PERSONAS QUE CONFORMAN LA DELEGACION DEL META PARTICIPANTES EN EL ENCUENTERO NACIONAL DE NUEVO COMIENZO 2024.	UNIDAD	2	13	$ 266.800,00	$ 3.468.400,00
2	COMIDA TIPO A: DESAYUNO CON BEBIDA FRÍA O CALIENTE INCLUIDA, CALDO DE COSTILLA, POLLO O PESCADO, CARBOHIDRATO - AREPA O PAN-, HUEVOS AL GUSTO Y FRUTA PARA LOS 15 INTEGRANTES QUE PARTICIPARAN EN EL ENCUENTRO NACIONAL DEL ADULTO MAYOR.	UNIDAD	N/A	15	$ 25.700,00	$ 385.500,00
3	ALMUERZO TIPO ESPECIAL CON BEBIDA INCLUIDA, CON PROTEÍNA BLANCA 130 GR, VERDURA, CARBOHIDRATO Y FRUTA PARA LOS 15 INTEGRANTES QUE PARTICIPARAN EN EL ENCUENTRO NACIONAL DEL ADULTO MAYOR.	UNIDAD	N/A	30	$ 34.700,00	$ 1.041.000,00

CALLE 39 A #18B45, BARRIO LA FLORENCIA
CEL. 3142091476
Correo: camilo_9030@hotmail.com

CAMILO ANDRES SANCHEZ PARRA

NIT. 1.121.865.603-3

4	CENA TIPO ESPECIAL CON BEBIDA INCLUIDA, CON PROTEÍNA 130 GR, VERDURA, CARBOHIDRATO Y FRUTA PARA LOS 15 INTEGRANTES QUE PARTICIPARAN EN EL ENCUENTRO NACIONAL DEL ADULTO MAYOR.	UNIDAD	N/A	30	$ 34.700,00	$ 1.041.000,00
5	REFRIGERIO COMPUESTO POR UNA BEBIDA: JUGO EN TETRAPAK O AVENA EN TETRAPAK DE 200 ML, ALIMENTO DE SAL: PUEDE SER PASTEL DE POLLO, CARNE, PALITO DE QUESO U OTRO SIMILAR, UNA FRUTA FRESCA DE COSECHA DEBIDAMENTE EMPACADA PARA LOS 15 INTEGRANTES QUE PARTICIPARAN EN EL ENCUENTRO NACIONAL DEL ADULTO MAYOR.	UNIDAD	N/A	60	$ 17.000,00	$ 1.020.000,00
6	TRANSPORTE TERRESTRE ESPECIAL PARA 15 PERSONAS VILLAVICENCIO BOGOTA-BOGOTA VILLAVICENCIO (DESDE EL HOTEL HASTA EL AEROPUERTO DE BOGTA-AEROPUERTO BOGOTA-HOTEL VILLAVICENCIO)	UNIDAD	2	1	$ 2.380.000,00	$ 2.380.000,00
7	MORRAL TIPO VIAJE DE MARCA RECONOCIDA, CONFECCIONADO EN LONA REFERENCIA CODRA CON . BOLSILLOS LATERAL CON CREMALLERA, TRES SERVICIOS . LOGO PERSONALIZADO CON BORDADO.	UNIDAD	N/A	15	$ 243.500,00	$ 3.652.500,00
8	CAMISETA TIPO POLO, TELA LACOSTE, CUELLO REFORZADO MANGA LARGA, GRAMAJE 220 GRS CON DISEÑO DE LOGOS INSTITUCIONALES. (4 CAMISETAS POR BENEFICIARIO)	UNIDAD	N/A	60	$ 133.800,00	$ 8.028.000,00
9	CAMISETA CUELLO REDONDO, TELA EN ALGODÓN 180 GRAMOS, MANGA LARGA Y DISEÑOS DE LOGOS INSTITUCIONALES	UNIDAD	N/A	30	$ 99.900,00	$ 2.997.000,00
10	PANTALON SUDADERA, TIPO ALGODÓN, LOGO DEL EVENTO ESTAMPADO EN DTF, CON BOLSILLOS EN LOS COSTADOS.	UNIDAD	N/A	30	$ 186.700,00	$ 5.601.000,00
11	CHAQUETA TIPO ALGODON, CON CREMALLERA, BOLSILLOS A LOS LADOS, CAPOTA, CON LOGOS INTITUCIONALES	UNIDAD	N/A	30	$ 202.500,00	$ 6.075.000,00
12	PANTALON EN DRIL CON BOLSILLOS A LOS LADOS CON LOGOS INSTITUCIONALES	UNIDAD	N/A	30	$ 181.400,00	$ 5.442.000,00
13	PONCHO EN ALGODÓN 100%. MEDIDAS: 1.38 M DE LARGO X 82 CM DE ANCHO PESO: 261 GR. BASE ALGODÓN CRUDO, BORDADO CON LOGOS INSTITUCIONALES.	UNIDAD	N/A	385	$ 37.300,00	$ 14.360.500,00

CALLE 39 A #18B45, BARRIO LA FLORENCIA
CEL. 3142091476
Correo: camilo_9030@hotmail.com

CAMILO ANDRES SANCHEZ PARRA

NIT. 1.121.865.603-3

14	GORRA ELABORADA EN TELA DE DRIL SUPER PESO 155GR TAMAÑO GRADUABLE ESTANDAR CON EVILLA METALICA DISEÑO BORDADO EN LA PARTE DELANTERA APROBADA POR LA ENTIDAD A FULL COLOR DE 7 CM* 12 CM AREA MAXIMA	UNIDAD	N/A	385	$ 32.000,00	$ 12.320.000,00
15	ZAPATILLA DE PRESENTACIÓN PROPORCIONAL COMODIDAD, SOPORTE Y PROTECCIÓN A LOS PIES DURANTE DIVERSAS ACTIVIDADES FÍSICAS, COMO CORRER, CON SUELA AMORTIGUADA, BUENA TRANSPIRABILIDAD, SOPORTE Y AJUSTE SEGURO..	UNIDAD	N/A	15	$ 234.000,00	$ 3.510.000,00
16	PENDÓN PUBLICITARIO ALUSIVO AL EVENTO. EN TELA TIPO VELA, TAMAÑO 70X260CM CON ESTRUCTURA METÁLICA, TUBO CON PINTURA ELECTROESTÁTICA, BASE PLÁSTICA PARA LLENADO DE AGUA O ARENA, SUBLIMACIÓN TEXTIL A DOBLE CARA CON ALTURA TOTAL DE 320CM.	UNIDAD	N/A	2	$ 1.038.000,00	$ 2.076.000,00
17	PENDON ARAÑA TIPO INFOGRAFIA IMPRESA EN TINTA SOLVENTE RESOLUCION DE IMPRESIÓN 1440 MEDIDAS 2MX8.80 TUBES FLEXIBES CON ALUMINIO CON LOGO INSTITUCIONAL Y SLOGAN ALUSIVO AL EVENTO	UNIDAD	N/A	2	$ 326.000,00	$ 652.000,00
18	COORDINADOR PARA ARTICULACIÓN Y DIRECCIÓN DEL PROGRAMA "NUEVO COMIENZO, OTRO MOTIVO PARA VIVIR" (DURANTE EL TRANSCURSO DEL CONTRATO COORDINARÁ DURANTE 1 MES LA PLANEACIÓN, DESARROLLO, EJECUCIÓN, ENTREGA DE INFORME FINAL E INFORME DEPARTAMENTAL DE ACUERDO A LOS LINEAMIENTOS DEL	UNIDAD	N/A	1	$ 3.850.000,00	$ 3.850.000,00
19	PASACALLE IMPRESO EN LONA BANNER, FULL COLOR CON MADEROS PARA INSTALACION MEDIDAS DE 6.0M X 0.9 M CON LOGO Y ESLOGAN	UNIDAD	N/A	1	$ 281.000,00	$ 281.000,00
					TOTAL	**$ 78.180.900,00**

Atentamente,

CAMILO ANDRÉS SÁNCHEZ PARRA
CC: 1.121.865.603

CALLE 39 A #18B45, BARRIO LA FLORENCIA
CEL. 3142091476
Correo: camilo_9030@hotmail.com

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario **141201443128**

(415)7707212489984(8020) 000014120144312 8

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

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
SANCHEZ	PARRA	CAMILO	ANDRES

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 20 A 41 CONJ CAMINOS DE SEVILLA

42. Correo electrónico camilo_9030@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 4 2 0 9 1 4 7 6	

CLASIFICACIÓN

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

- Impto. renta y compl. régimen ordinar
22- Obligado a cumplir deberes formales a
49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros										
54. Código	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre SANCHEZ PARRA CAMILO ANDRES

985. Cargo CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 17-09-2025 09:25:38PM

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

160

Certificación
Bancaria

Miércoles, 17 de septiembre de 2025

A quien pueda interesar

Bancolombia S.A. se permite informar que CAMILO ANDRES SANCHEZ PARRA identificado(a) con CC 1121865603, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura aaaa-mm-dd	Estado	Saldo
Cuenta Ahorros / A la mano	91257914831	2023-09-26	ACTIVO	*****

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.
*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia a los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 Resto del país: 01800 09 12345 Sucursales telefónicas en el exterior: España(34) 900 995 717 - Estados Unidos(1) 1 866 379 97 14.

Catalina Cortés Uribe
Gerente Servicios Contact Center & BPO

Bancolombia

Bancolombia nunca solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correossospechoso@bancolombia.com.co

GPR
Servicios Contables
Financieros y Tributarios

JOSE GERMÁN PALACIOS ROJAS
Contador Público Titulado T.P. 111701-T
Transversal 29 No. 41 – 39 oficina 102
Villavicencio – Meta
Cel. 3115688697

CERTIFICADO

El suscrito Contador titulado con matricula No. 111701-T JOSE GERMAN PALACIOS ROJAS, con C.C. 17.390.475 de PUERTO LOPEZ se permite certificar que Las utilidades del pago Final del contrato No. 1362 de 2025, suscrito entre **LA GOBERNACION DEL META Y CAMILO ANDRES SANCHEZ PARRA** identificado con cedula de ciudadania N°1.121.865.603 de Villavicencio, cuyo objeto es: **"SERVICIO DE APOYO LOGISTICO PARA GARANTIZAR LA PARTICIPACION DE ADULTO MAYOR AL ENCUENTRO NACIONAL UN NUEVO COMIENZO OTRO MOTIVO PARA VIVIR".** por valor de SETENTA Y OCHO MILLONES CIENTO OCHENTA MIL NOVECIENTOS PESOS M/CTE ($ 78.180.900,00)., su utilidad neta es de CUATRO MILLONES DE PESOS ($4.000.000) MCTE, después de haber desarrollado, ejecutado y terminado en un 100% de acuerdo al presupuesto y obligaciones del contrato. De esta manera el pago de la seguridad social que se adjunta de los meses de julio y agosto se canceló sobre un IBC correspondiente a las utilidades generadas en el pago único cobrado.

La presente certificación se expide en Villavicencio a los Diecisiete (17) días del mes de septiembre de 2025, a solicitud del interesado.

Atentamente,

JOSE GERMAN PALACIOS ROJAS
Revisor Fiscal T.P. 111701-T
CC. 17.390.475

República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PUBLICO

111701-T



JOSE GERMAN
PALACIOS ROJAS
C.C. 17390475
RESOLUCION INSCRIPCION 117 FECHA 2005/06/23
UNIVERSIDAD FUND. UNIV. SAN MARTIN

PRESIDENTE LUZ MYRIAM DÍAZ MUÑOZ 121527

FIRMA

FIRMA DEL TITULAR 31502

Esta tarjeta es el único documento que lo acredita como CONTADOR PUBLICO de acuerdo con lo establecido en la Ley 43 de 1990.
Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta devolverla al Ministerio de Educación Nacional - Junta Central de Contadores.
Verifique antecedentes en


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
17.390.475
PALACIOS ROJAS
JOSE GERMAN
02-JUN-1960
PUERTO LOPEZ
(META)
1,65
A+
M
01-NOV-1978 PUERTO LOPEZ

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:
156CA4766169E045

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

CERTIFICA A:
QUIEN INTERESE

Que el contador público **JOSE GERMAN PALACIOS ROJAS** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 17390475 de PUERTO LOPEZ (META) Y Tarjeta Profesional No 111701-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde la fecha de Inscripción.

NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS ******************************
****
****

Dado en BOGOTA a los 2 días del mes de Julio de 2025 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.

SANDRA MILENA BARRIOS PULIDO
DIRECTOR GENERAL

ESTE CERTIFICADO DIGITAL TIENE PLENA VALIDEZ DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 2 DE LA LEY 527 DE 1999, DECRETO UNICO REGLAMENTARIO 1074 DE 2015 Y ARTICULO 6 PARAGRAFO 3 DE LA LEY 962 DEL 2005

Para confirmar los datos y veracidad de este certificado, lo puede consultar en la página web www.jcc.gov.co digitando el número del certificado

Simple

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-07-31, 04:07:31 PM **Tipo Planilla:** E PLANILLA INDEPENDIENTES **Número Planilla:** 1073935551

Periodo Cotización: julio de 2025 **Periodo Servicio:** julio de 2025

PAGADO 07/07/2025

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	CAMILO ANDRES SANCHEZ		
Documento	CC1121865603	**Dirección**	CL 39A #18 B - 63
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3142091476
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	UNICO
Ciudad	VILLAVICENCIO	**Departamento**	META
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																			Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	VSP	TDE	TAE	TDP	TAP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días IBC Pen	Días IBC Rie	Días IBC Caja	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Mineducación	Total
CC 1121865603	CAMILO ANDRES SANCHEZ [illegible]	57	00																30	30	30	[illegible]	$ 1,600,000	$ 256,000	[illegible]	$ 1,600,000	$ 200,000	0.522	$ 1,600,000	$ 8,400	[illegible]	$ 1,600,000	$ 9,600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 474,000

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1,600,000	$ 1,600,000	$ 1,600,000	$ 1,600,000	$ 256,000	$ 200,000	$ 8,400	$ 9,600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 474,000	$ 0	$ 474,000

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146689 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

Simple

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-08-11, 05:41:18 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Número Planilla:** 1074649494

Periodo Cotización: agosto de 2025 **Periodo Servicio:** agosto de 2025

PAGADO 05/08/2025

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	CAMILO ANDRES SANCHEZ		
Documento	CC1121865603	**Dirección**	CL 39A #18 B - 63
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3142091476
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	UNICO
Ciudad	VILLAVICENCIO	**Departamento**	META
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																		Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	IRP	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	Dias APO	Dias ERP	Dias ADP	Dias CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Mineducación	Total
CC 1121865603	CAMILO ANDRES SANCHEZ PARRA	57	00																		30	0	0	0	PORVENIR	$ 1,600,000	$ 256,000	EPS SURA EPS SANITAS	$ 1,600,000	$ 200,000	0.527	$ 1,600,000	$ 8,432	CCF CASA	$ 1,600,000	$ 9,600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 474,000

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1,600,000	$ 1,600,000	$ 1,600,000	$ 1,600,000	$ 256,000	$ 200,000	$ 8,400	$ 9,600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 474,000	$ 0	$ 474,000

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618650 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!