



**RECONOCIMIENTO Y PAGO PARA CONTRATOS O CONVENIOS
(PAGO PARCIAL O FINAL)**

CÓDIGO: F-BS-15

VERSIÓN: 6

Fecha de Elaboración del Reconocimiento:	02/10/2025	Periodo de Pago:	Del	01/09/2025	Al	30/09/2025
Contrato No. y Fecha:	1571 de 01 de agosto del 2025					
Contratista:	PAULA TATIANA MONTAÑEZ ROJAS			c.c. o Nit. No.	1.020.774.248-4	
Representante Legal:	N/A			c.c. No.	N/A	
Tipo de Pago:	Parcial	X	Final	Número de Pago:		02

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)	N/A	N/A	N/A	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)	N/A	N/A	N/A	N/A
7	COPIA CONTRATO O EL DOCUMENTO QUE HAGA SUS VECES (Primer pago o cesión del contrato)	N/A	N/A	N/A	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	N/A	N/A	N/A	N/A
10	COPIA ACTO ADMINISTRATIVO DE DESIGNACIÓN DEL SUPERVISOR (Primer pago o si hay cambio de supervisor) (Nota 23)	N/A	N/A	N/A	N/A
11	CERTIFICACIÓN BANCARIA (Primer pago o si realiza cambio de cuenta)	N/A	N/A	N/A	N/A
12	PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL <ul style="list-style-type: none"> 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 prórroga) (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)	N/A	N/A	N/A	N/A
17	ACTA DE LIQUIDACIÓN (F-BS-34) (Nota 14 y 15)	N/A	N/A	N/A	N/A
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)	N/A	N/A	N/A	N/A

Valor a Pagar (Letras y Números): Cinco millones ochocientos treinta mil pesos m/cte (\$5.830.000)

Cordialmente,

Firma:		Firma:	
Nombre:	OMAR JAVIER MARTÍNEZ MACHADO	Nombre:	JUAN MANUEL GONZALEZ CHAVEZ
Cargo:	SECRETARIO DE AMBIENTE	Cargo:	PROFESIONAL UNIVERSITARIO
	Ordenador del Gasto		Supervisor

Firma:			
Nombre:	OMAR JAVIER MARTÍNEZ MACHADO	JOHN AIRO MENESES GALVIS	LEIDY JOHANA RÍOS LARA
Cargo:	SECRETARIO DE AMBIENTE	ABOGADO CPS	PROFESIONAL CPS
Acción:	Revisión del Directivo del Área	Revisión Jurídica	Revisión Financiera

Secop 7850
07-10-2025





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 3º del Decreto 0460 de 2012 y el Artículo 20 del Decreto 032 de 2015,

Certifica que el Proyecto:

CONSERVACIÓN DE ÁREAS DE RECARGA HÍDRICA A TRAVÉS DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL PAGO POR SERVICIOS AMBIENTALES EN EL DEPARTAMENTO DEL META

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

2024005500191

Observaciones: Proyecto POAI-2025, Certificado con recursos según decreto 152 del 22 de mayo de 2025 el cual modifica el presupuesto general del Departamento del Meta vigencia fiscal 2025, contenido en la ordenanza 1287 del 19 de mayo de 2025.

En la fecha 16 de julio de 2025, la Unidad Ejecutora **SECRETARÍA DE AMBIENTE** 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 2: EMPLEO, EMPRENDIMIENTO Y PRODUCTIVIDAD 2.1 EJE ESTRATÉGICO META COMPETITIVO, PRODUCTIVO Y GENERADOR DE EMPLEO 2.1.5 LÍNEA ESTRATÉGICA PLANEACIÓN AMBIENTAL.	2.1.5.3 PROGRAMA BIODIVERSIDAD, CONSERVACIÓN Y GESTIÓN SOSTENIBLE DEL AGUA.	2.1.5.3.1 Subprograma Programa de Pago por Servicios Ambientales	Sector 32 Ambiente y desarrollo sostenible.	Meta 21053013202. Desarrollar 20 esquemas de pago por servicios ambientales en la modalidad de abastecimiento y recarga hídrica.
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

1. Actividad o componente a ejecutar: Estructuración e implementación de esquemas de pago por servicios ambientales (PSA).

Objeto del gasto: Asistir en el procesamiento, validación y consolidación de información geográfica, con el fin de determinar perímetros y áreas definitivas del predio y del bosque, utilizando herramientas de sistemas de información geográfica (SIG), en predios potencialmente aptos para recibir incentivos por pago por servicios ambientales (PSA) en el Departamento del Meta.

Valor: \$26,235,000.00.

Fuente de Financiación: 10 RB-Ley 99 de 1993


Obras o actividades adicionales: NO

Certificación expedida en la ciudad de Villavicencio, en la fecha: **16 de julio de 2025**

[Firma]
Elaboro: Rigoberto Agudelo Turriago

JENNY LISSE MOLANO MORENO
Gerente de Inversión Pública y Banco de Proyectos

IERVCO.PRO
INSTITUTO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE POLÍTICAS PÚBLICAS

 DEPARTAMENTO DEL META NIT. 892.000.146-8	CERTIFICADO DEL SUPERVISOR AUTORIZANDO PAGO	CÓDIGO:	F-BS-16
		VERSIÓN:	06

Contrato No. y Fecha:	1571 de 01 de agosto del 2025		
Contratista: (Persona natural o jurídica que figura en el contrato.)	Paula Tatiana Montañez Rojas	Nit./c.c.	1.020.774.248-4
Representante Legal: (Soló para persona jurídica)	N/A	c.c.	N/A
Supervisor: (insertar filas cuando en el periodo de pago se presenten varios supervisores)	Juan Manuel González Chávez	c.c.	17.340.446
Objeto: (Transcribir del contrato)			
ASISTIR EN EL PROCESAMIENTO VALIDACION Y CONSOLIDACION DE INFORMACION GEOGRAFICA CON EL FIN DE DETERMINAR PERIMETROS Y AREAS DEFINITIVAS DEL PREDIO Y DEL BOSQUE UTILIZANDO HERRAMIENTAS DE SISTEMAS DE INFORMACION GEOGRAFICA SIG EN PREDIOS POTENCIALMENTE APTOS PARA RECIBIR INCENTIVOS POR PAGO POR SERVICIOS AMBIENTALES PSA EN EL DEPARTAMENTO DEL META.			
Valor inicial del contrato: (Según Minuta) (Letras y Números)	veintiséis millones doscientos treinta y cinco mil pesos m/cte (\$26.235.000)		
Término Inicial de Ejecución:	Cuatro (4) meses y quince (15) días		

Fecha de Inicio según Acta de Inicio:	01/08/2025	Fecha Finalización según Acta de Inicio:	15/12/2025
----------------------------------------------	------------	-------------------------------------------------	------------

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 pagará al CONTRATISTA el valor total del contrato correspondiente a un período de ejecución de cuatro (4) meses y quince (15) días, distribuido de la siguiente manera: Un primer pago equivalente a los días ejecutados desde la fecha de suscripción del acta de inicio hasta el último día de ese mes calendario, tres (3) pagos mensuales vencidos, cada uno correspondiente a los meses completos de ejecución de septiembre, octubre y noviembre, cada uno por un valor de cinco millones ochocientos treinta mil pesos (\$5.830.000) m/cte. y un último pago equivalente al número de días restantes necesarios para completar los cuatro (4) meses y quince (15) días de ejecución contractual, correspondientes a aquellos días no cubiertos en el primer pago, previa certificación expedido por el supervisor del contrato, así como a la presentación de los soportes que acrediten que el CONTRATISTA se encuentra a paz y salvo por concepto de aportes al Sistema Integral de Seguridad Social (EPS, Fondo de Pensiones y ARL) y demás obligaciones legales que sean aplicables.



**CERTIFICADO DEL SUPERVISOR
AUTORIZANDO PAGO**

CÓDIGO:	F-BS-16
VERSIÓN:	06

Registro Presupuestal (Contrato Inicial):

Número y Fecha:	8561 del 1 de agosto del 2025	Inversión	X	Funcionamiento	
Rubro presupuestal:	0301 – 2.3.32.3202.0900.003.2.3.2.02.02.008-10RB				
Valor: (Letras y Números)	veintiséis millones doscientos treinta y cinco mil pesos m/cte (\$26.235.000)				
*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 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 con el 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 esta.
18. Las demás que por naturaleza del contrato se requieran en el transcurso de este.



**CERTIFICADO DEL SUPERVISOR
AUTORIZANDO PAGO**

CÓDIGO: F-BS-16

VERSIÓN: 06

Obligaciones Específicas del Contratista: (Transcribir del Estudio Previo)

1. Presentar el plan de trabajo y cronograma, de acuerdo con la programación de actividades del proyecto PSA y en articulación con el objeto contractual, previamente acordado con el supervisor.
2. Verificar y procesar información geográfica recolectada en campo durante la caracterización de predios con posibilidad de vinculación al esquema PSA, incluyendo validación de coordenadas, delimitación de áreas de bosque, localización de viviendas y proyectos (Según aplique), con apoyo de cartografía base y Sistemas de Información Geográfica.
3. Realizar análisis espaciales y seguimiento a predios beneficiarios del esquema PSA, mediante la comparación de coberturas, apoyado en imágenes satelitales, para evaluar la permanencia del área de bosque y el cumplimiento de los compromisos estipulados en los acuerdos voluntarios.
4. Realizar la entrega de productos cartográficos y bases de datos geográficas, que consoliden la información digital necesaria para la implementación, monitoreo y seguimiento de los predios vinculados al esquema PSA, tales como mapas, Geodatabase, archivos KML o SQLite, salidas gráficas y demás insumos requeridos.
5. Brindar apoyo en el procesamiento, validación, sistematización y ordenamiento de la información recolectada en campo durante las actividades de caracterización y seguimiento de predios, dentro del marco del esquema de Pago por Servicios Ambientales (PSA), asegurando su correcta gestión tanto en formato físico como digital.
6. Acompañar activamente otras actividades impulsadas por la secretaría de ambiente, así como aquellas asignada por el supervisor dentro del marco del objeto contractual.

Modificaciones: (Transcribir las cláusulas modificadas) (Si no existen modificaciones diligencie N/A)

N/A

Periodo de Pago:	Del	01/09/2025	Al	30/09/2025		
Tipo de Pago:	Anticipo	Parcial	X	Final	No. de Pago	02

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 y números, máximo 2 Decimales)	Cinco millones ochocientos treinta mil pesos (\$5.830.000)
---------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------

No. R.P. A Afectar	Rubro Presupuestal	Clasificador Presupuestal	Valor a Afectar
8561	0301 – 2.3.32.3202.0900.003.2.3.2.02.02.008-10RB	83931	\$5.830.000
Valor Total Autorizado a Pagar (números máximo 2 decimales)			\$5.830.000

Lugar donde se suministra los bienes o se presta el Servicio: (Según contrato)

En los veintinueve (29) municipios del Departamento del Meta

Municipio (Según Ejecución del Periodo de Pago)	Valor
Villavicencio	\$5.830.000
Valor Total Autorizado a Pagar (números máximo 2 decimales)	\$5.830.000

*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.



**CERTIFICADO DEL SUPERVISOR
AUTORIZANDO PAGO**

CÓDIGO: F-BS-16

VERSIÓN: 06

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

Amortización del Anticipo						
Concepto	Valor Facturado	% Contrato Facturado	Saldo Contrato	Amortización Anticipo	% Anticipo Amortizado	Saldo Anticipo
Valor Inicial	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Parcial 1	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Parcial 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		Valor (Números máximo 2 Decimales)	% Ejecución Financiera
	DD/MM/AAAA			
	Del	Al		
Primer Pago	01/08/2025	31/08/2025	\$5.830.000	22,22%
Pago Autorizado en el Presente Informe	01/09/2025	30/09/2025	\$5.830.000	22,22%
Saldo del Contrato Pendiente por Ejecutar	01/10/2025	15/12/2025	\$14.575.000	55,56%
Valor Total del Contrato Inicial	01/08/2025	15/12/2025	\$26.235.000	100%

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

Balance Financiero de Ejecución de la Adición				
Concepto	Periodo de Pago		Valor (Números máximo 2 Decimales)	% Ejecución Financiera
	DD/MM/AAAA			
	Del	Al		
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.



CERTIFICADO DEL SUPERVISOR
AUTORIZANDO PAGO

CÓDIGO: F-BS-16

VERSIÓN: 06

Valor Total del Contrato Inicial más la Adición	\$26.235.000
-------------------------------------------------	--------------

Pago de Seguridad Social (Persona Natural)	Datos
Periodo Cotizado	Septiembre del 2025
Número de Planilla	89754882
IBC (Ingreso Base de Cotización)	\$2.320.000
Valor pagado a SALUD	\$290.000
Valor pagado a PENSIÓN	\$371.200
Valor pagado a ARL	\$24.300
Valor pagado a FSP	N/A
**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 dos (2) días del mes de octubre del 2025.

Cordialmente,

Firma:	
Nombre:	Juan Manuel González Chávez
Cargo:	Profesional Universitario
Supervisor	

Villavicencio, 02 de octubre del 2025.

CUENTA DE COBRO No. 02

EI DEPARTAMENTO DEL META

NIT 892.000.148-8

DEBE A

PAULA TATIANA MONTAÑEZ ROJAS

C.C No. 1.020.774.248 de Bogotá D.C

La suma de **Cinco millones ochocientos treinta mil pesos (\$5.830.000)**, por concepto de honorarios causados en virtud del *contrato* de prestación de servicios profesionales N°. 1571 de 2025 de la Secretaria de Ambiente, cuyo objeto principal es **"ASISTIR EN EL PROCESAMIENTO VALIDACION Y CONSOLIDACION DE INFORMACION GEOGRAFICA CON EL FIN DE DETERMINAR PERIMETROS Y AREAS DEFINITIVAS DEL PREDIO Y DEL BOSQUE UTILIZANDO HERRAMIENTAS DE SISTEMAS DE INFORMACION GEOGRAFICA SIG EN PREDIOS POTENCIALMENTE APTOS PARA RECIBIR INCENTIVOS POR PAGO POR SERVICIOS AMBIENTALES PSA EN EL DEPARTAMENTO DEL META."** Durante el periodo N° 02, comprendido entre el 01 de septiembre del 2025 al 30 de septiembre del 2025.

Municipio	Número de días	Total
Villavicencio	30	\$5.830.000
Valor Total	30	\$5.830.000

Paula Montañez

PAULA TATIANA MONTAÑEZ ROJAS

C.C. 1.020.774.248 de Bogotá D.C.

CELULAR: 3002723018

CPS 1571 del 2025

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1020774248	PAULA TATIANA MONTAÑEZ ROJAS	calle 5 # 11 - 121	3002723018	paulamrojas18@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	
2025-09	2025-09	I	15/09/2025	89754882	\$685.500	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	290.000	0		0		0	0	0	0	290.000	1

TOTALES PENSIÓN													
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados	
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	371.200	0	0	0	0	0	0	0	371.200	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	24.300				24.300	0	0	24.300			243	24.300	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	290.000	290.000
Pensión	1	371.200	371.200
Riesgos Laborales	1	24.300	24.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	685.500	685.500

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1020774248	PAULA TATIANA MONTAÑEZ ROJAS	calle 5 # 11 - 121	3002723018	paulamrojas18@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	1 - 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	
					EMPLADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-09	2025-09	I	15/09/2025	89754882	\$685.500	

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES													PENSION				SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES															
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Correos	Subsidio	Extemporaneo	Cham. Aporte	Extemporaneo	ING	RET	TRE	TAE	TOP	TAP	VSP	VST	SLA	SE	US	USC	USP	VCT	INL	CORRECCION	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario o 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	
CC	1020774248	MONTAÑEZ ROJAS PAULA TATIANA	59	0			N																	230201	2.320.000	371.200	0	0	0	0	EPS005	2.320.000	290.000	14-23	2.320.000	2	24.300		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA