| DEPARTAMENTO DEL META NIT. 892.000.149-6 | RECONOCIMIENTO Y PAGO PARA CONTRATOS O CONVENIOS (PAGO PARCIAL O FINAL) | CÓDIGO: | F-BS-15 |
|---|---|---|---|
| | | VERSIÓN: | 6 |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Fecha de Elaboración del Reconocimiento:** | 17/09/2025 | **Periodo de Pago:** | **Del** | 18/12/2024 | **Al** | 31/08/2025 | |
| **Contrato No. y Fecha:** | 2874 DEL 13 DE DICIEMBRE DEL 2024 | | | | | | |
| **Contratista:** | BELISARIO VELASQUEZ Y ASOCIADOS S.A.S | | | **c.c. o Nit. No.** | 830.504.600-4 | | |
| **Representante Legal:** | ORLY NARDITH TORRES PARDO | | | **c.c. No.** | 40.410.904 | | |
| **Tipo de Pago:** | **Parcial** | X | **Final** | | **Número de Pago:** | 01 | |

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 | X |
| 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 | X |
| 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 | X |
| 7 | COPIA CONTRATO O EL DOCUMENTO QUE HAGA SUS VECES (Primer pago o cesión del contrato) | X | N/A | X | X |
| 8 | COPIA MODIFICACIONES DEL CONTRATO (Pago posterior a la modificación) (Para Adición último pago del contrato inicial y primer pago de la adición) | X | N/A | X | X |
| 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 | X |
| 10 | COPIA ACTO ADMINISTRATIVO DE DESIGNACIÓN DEL SUPERVISOR (Primer pago o si hay cambio de supervisor) (Nota 23) | X | N/A | X | X |
| 11 | CERTIFICACIÓN BANCARIA (Primer pago o si realiza cambio de cuenta) | X | X | X | X |
| 12 | PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL<br>• Planilla integrada en la que conste el pago de aporte y el IBC. (Persona Natural).<br>• 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)<br>• 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) | 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):** | VEINTICUATRO MILLONES SETECIENTOS VEINTIUN MIL CIENTOS CINCUENTA Y OCHO PESOS ( $ 24.721.158) M/CTE |
|---|---|

Cordialmente,

| **Firma:** | | **Firma:** | |
|---|---|---|---|
| **Nombre:** | JORGE OVIDIO CRUZ ALVAREZ | **Nombre:** | YEHINS CAMILO MASMELA |
| **Cargo:** | Secretario de Salud del Meta | **Cargo:** | Profesional Universitario |
| **Ordenador del Gasto** | | **Supervisor** | |

Secretaría de Salud del Meta
Oficina de Contratación

| Firma: | | | |
|---|---|---|---|
| Nombre: | ALIX MONICA GONZALEZ RODRIGUEZ | Revisó: | CRISTIAN CAMILO CESPEDES RAMOS |
| Cargo: | Gerente de Promoción y Prevención | Fecha: Hora: | Gerente Administrativa de Salud |
| Acción: | Revisión del Directivo | Revisión Jurídica | Revisión Financiera |
| Área Ordenadora del Gasto | | | |

Secop 9193 11/11/25

# GOBERNACION DEL META

NIT. 892000148-8

## REGISTRO PRESUPUESTAL DE COMPROMISOS

**Registro No.** 15577

**Vigencia:** 2.024 **Fecha de Compromiso:** 17 de diciembre de 2024

**Beneficiario** BELISARIO VELASQUEZ Y ASOCIADOS **Nit:** 830504600 - 4

**No. C.D.P. :** 4913 **Fecha de Expedición del C.D.P.:** 14 de noviembre de 2024 **Sin Formalidades Plenas**

**Tipo de Compromiso** Servicio

**Contrato:** 2874 **Fecha:** 13/12/2024 **Vence:** 31/12/2024

**Objeto:** BPIN2024005500093 PRESTAR SERVICIOS CON IPS PUBLICAS O PRIVADAS VALIDADAS POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL DE ACUERDO CON EL CUMPLIMIENTO DE LOS CRITERIOS DEFINIDOS EN LA RESOLUCION 1197 DE 2024 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL PARA LA REALIZACION DE VALORACIONES CLINICA PARA GENERAR EL CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD LOTE 7

**Cto.Utilidad :** FONDO LOCAL DE SALUD **Regional** DEPARTAMENTO DEL META

| Identificación Presupuestal | Concepto | Valor |
|---|---|---|
| **s-Inversión**<br><br>03030102 -<br>2.3.19.1905.0300.015.2.3.2.02.02.009 - 106 | **BPIN 2024005500093. AMPLIACIÓN DE LA COBERTURA DE LA CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD Y EL REGISTRO PARA LA LOCALIZACIÓN Y CARACTERIZACIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD (RLCPD) DEL DEPARTAMENTO DEL META - OTROS GASTOS EN**<br>Servicios para la comunidad, sociales y personales<br>**Recurso de la Nacion-Destinación Especifica**<br>Otros Recursos Nacionales Salud<br>**Clasificadores**<br>-91122 91.339.863,00 | 91.339.863,00 |
| | **Total Compromisos** | $91.339.863,00 |

**Programación de Pagos**

| Mes | Valor |
|---|---|
| Diciembre | $91.339.863,00 |
| **Valor Total Prog.** | $91.339.863,00 |

**JAIDY ELAIKA NIETO**
Gerente de Presupuesto

Elaboró: CAROLINACRUZ

| | 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:

***AMPLIACIÓN DE LA COBERTURA DE LA CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD Y EL REGISTRO PARA LA LOCALIZACIÓN Y CARACTERIZACIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD (RLCPD) DEL DEPARTAMENTO DEL META - SUBCUENTA OTROS GASTOS EN SALUD***

Se encuentra registrado en el Banco de Programas y Proyectos de Inversión Departamental BPPID bajo el número: **2024005500093**

**Observaciones**:

En la fecha 10 de octubre de 2024, la Unidad Ejecutora ***SECRETARÍA DE SALUD*** 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 4. DESARROLLO SOCIAL PARA LA UNIDAD DEL META. 4.1 EJE ESTRATÉGICO PRIMERO LO SOCIAL. 4.1.7 LÍNEA ESTRATÉGICA SALUD PARA EL META. | 4.1.7.2 PROGRAMA SALUD PÚBLICA PARA MEJORAR LA SALUD DE LAS POBLACIONES. | 4.1.7.2.12 Subprograma Atención a la población con discapacidad . | Sector 19 - Salud y protección social. | Meta 41072121901. Garantizar para 42865 personas con discapacidad el servicio de certificación de discapacidad. . |

1.Actividad o componente a ejecutar: *Realizar valoraciones por el equipo multidisciplinario de salud para generar certificados de discapacidad, según lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social.*
Objeto del gasto: *Prestar servicios con IPS públicas o privadas validadas por el Ministerio de Salud y Protección Social de acuerdo con el cumplimiento de los criterios definidos en el Resolución 1197 de 2024 del del Ministerio de Salud y Protección Social para la realización de valoraciones clínica para generar el certificado de discapacidad.*
Valor: $549,810,299.00. Fuente de Financiación: 106 Otros Recursos Nacionales Salud

Y con base en la solicitud remitida por el Dr. JORGE OVIDIO CRUZ ALVAREZ – Secretario de Salud, entidad responsable del proyecto y respaldada por los anexos debidamente avalados por la mencionada secretaria y con los soportes presentados, disponibles en la carpeta del proyecto

**Obras o actividades adicionales**: NO

Certificación expedida en la ciudad de Villavicencio, en la fecha: 10 de octubre de 2024

**JEIMMY LISSETH MOLANO MORENO**
Gerente de Inversión Pública y Banco de Proyectos

Elaboro: CLARA POVEDA ROA - 2

| DEPARTAMENTO DEL META<br>NIT. 892.000.148-8 | CERTIFICADO DEL SUPERVISOR AUTORIZANDO PAGO | CÓDIGO: | F-BS-16 |
|---|---|---|---|
| | | VERSIÓN: | 06 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Contrato No. y Fecha:** | **2874 DEL 13 DE DICIEMBRE DEL 2024** | | |
| **Contratista:** (Persona natural o jurídica que figura en el contrato.) | **BELISARIO VELASQUEZ S.A.S** | **Nit./c.c.** | **830.504.600-4** |
| **Representante Legal:** (Soló para persona jurídica) | **ORLY NARDITH TORRES PARDO** | **c.c.** | **40.410.904** |
| **Supervisor:** (insertar filas cuando en el periodo de pago se presenten varios supervisores) | **YEHINS CAMILO MASMELA MAHECHA** | **c.c.** | **1.023.881.124** |
| **Objeto:** (Transcribir del contrato) | | | |
| PRESTAR SERVICIOS CON IPS PÚBLICAS O PRIVADAS VALIDADAS POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ACUERDO CON EL CUMPLIMIENTO DE LOS CRITERIOS DEFINIDOS EN LA RESOLUCIÓN 1197 DE 2024 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL PARA LA REALIZACIÓN DE VALORACIONES CLÍNICA PARA GENERAR EL CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD (LOTE 7). | | | |
| **Valor inicial del contrato:** (Según Minuta) (Letras y Números) | **Noventa y un millones trescientos treinta y nueve mil ochocientos sesenta y tres pesos. ($91.339.863)** | | |
| **Término Inicial de Ejecución:** | Diez (10) días y/o hasta el 20 de diciembre de 2024. | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Inicio según Acta de Inicio:** | 18 de diciembre del 2024 | **Fecha Finalización según Acta de Inicio:** | 20 de diciembre del 2024 |

| **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) |
| PRORROGA N°1 | N/A | 20/12/2024 | 2 meses y 8 días |
| SUSPENSION N°1 | N/A | 12/02/2025 | 3 meses |
| REINICIO | N/A | 13/05/2025 | N/A |
| PRORROGA N°2 | N/A | 20/05/2025 | 5 meses y 2 días |
| Total del Valor de la Modificación | N/A | N/A | N/A |
| *Si no existen modificaciones diligencie casillas con N/A<br>**Inserte filas si requiere | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Término Total de Ejecución:** (Solo cuando existan modificaciones) | **07 meses y 20días** | **Fecha Finalización:** (Solo cuando existan modificaciones) | **31/10/2025** |
| **Valor total del contrato +/- las modificaciones:** (Solo cuando existan modificaciones) (Letras y Números) | **Noventa y un millones trescientos treinta y nueve mil ochocientos sesenta y tres pesos. ($91.339.863)** | | |
| *Si no existen modificaciones diligencie casillas con N/A | | | |

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

1. DESEMBOLSOS Y PAGOS (APLICA PARA LOS LOTES): El Departamento del Meta desembolsará los dineros presupuestados para la futura contratación de acuerdo a la facturación mensual presentada con el número de valoraciones con el equipo multidisciplinario realizadas, presentando entre sus soportes la autorización de certificación de discapacidad generada por las secretarias municipales de salud. Teniendo como base los lineamientos para la ejecución de los recursos destinados para la implementación de la certificación de discapacidad de que trata la resolución No.1197 del 2024

PARAGRAFO UNO: El Departamento girara los recursos a los oferentes una vez verificada la efectiva prestación del servicio, en los términos del artículo 5 de la resolución 1197 de 2024 y los lineamientos expedidos por el Ministerio de salud y la Protección social.

PARAGRAFO DOS: Teniendo en cuenta que la IPS debe tener la capacidad para realizar mínimo diez (10) valoraciones para certificación de discapacidad a la semana, establecido que el promedio de tiempo para cada una es de 40 minutos, en cumplimiento de la Resolución 1197de 2024, por el valor establecido para la valoración institucional

PARÁGRAFO TRES El valor unitario por valoración corresponde a CIENTO SESENTA MIL QUINIENTOS VEINTISIETE PESOS ($160.527,00) M/CT, para las modalidades intramural y extramural en jornada de salud y telemedicina

PARAGRAFO CUATRO: Es preciso resaltar que con estos recursos no se podrán financiar desplazamientos, viáticos, talento humano, acceso a internet, equipos de cómputo o cualquier otra destinación diferente al pago de la valoración clínica multidisciplinaria del procedimiento de certificación de discapacidad y registro de localización y caracterización de personas con discapacidad

PARAGRAFO CINCO: Para el trámite del pago de cada cuenta el contratista entregará al supervisor: informe de actividades con los soportes establecidos en las obligaciones, y certificación de Paz y Salvo en seguridad social y parafiscales, expedido por el revisor fiscal, de no contar con Éste, será expedida por el representante legal y el supervisor expedirá informe de supervisor y certificación autorizando el pago. Lo anterior, para el diligenciamiento del formato de "Reconocimiento de pago, F-BS-15

| **Registro Presupuestal** (Contrato Inicial): | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Número y Fecha:** | **15577 del 17 de diciembre de 2024** | **Inversión** | X | **Funcionamiento** | N/A |
| **Rubro presupuestal:** | 03030102- 2.3.19.1905.0300.015.2.3.2.02.02.009 - 106 | | | | |
| **Valor:** (Letras y Números) | **Noventa y un millones trescientos treinta y nueve mil ochocientos sesenta y tres pesos. ($91.339.863)** | | | | |
| *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<br>** 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. Las demás contenidas en la propuesta y que hacen parte integral del presente contrato.
3. 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.
4. Dar cumplimiento a la Ley 594 del 2000 (Ley General de archivo).
5. 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.
6. 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.
7. 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.
8. Presentar Informe de Ejecución previo a los pagos y demás soporte documental y cada vez que sea requerido por el Supervisor.
9. Suscribir Actas de Inicio, Finalización y Liquidación del contrato.

10. Cobrar los bienes y/o servicios suministrados y certificados por el Supervisor, con cargo al contrato, 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, que se encuentran publicados en la página web de la entidad.
11. 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.

Las demás que por naturaleza del contrato se requieran en el transcurso de la misma.

**Obligaciones Específicas del Contratista:** (Transcribir del Estudio Previo)

1. Garantizar a las personas con discapacidad del departamento del Meta en la jurisdicción asignada en el municipio de Villavicencio a la realización de 569 por los Lotes del 1,2,3,4,6,7 y 8 valoraciones para la certificación de discapacidad y el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad; mediante la modalidad institucional, extramural – jornada de salud y telemedicina.
2. Garantizar a las personas con discapacidad del departamento del Meta en la jurisdicción asignada Villavicencio, a la realización de 569 valoraciones para la certificación de discapacidad y el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad; mediante la modalidad institucional, extramural – jornada de salud y telemedicina
3. Entregar al solicitante el certificado de discapacidad impreso (excelente calidad de impresión).
4. Contar con equipos multidisciplinarios conformados por profesionales registrados en el Directorio Nacional de Certificadores de Discapacidad del Ministerio de Salud y Protección Social.
5. Disponer de agendas abiertas para la asignación de citas con el equipo multidisciplinario de salud.
6. Contar con la infraestructura técnica, tecnológica y administrativa para el reporte de la información resultante de la valoración para certificación de discapacidad en el RLCPCD, disposición de computadores y conectividad óptima para el cargue de la información, así como del personal, insumos y procesos administrativos que permitan llevar a cabo el procedimiento.
7. Cumplir con una valoración por usuario con un tiempo mínimo para cada una de cuarenta (40) minutos.
8. Garantizar la capacidad suficiente para realizar un máximo de diez (10) valoraciones para certificación de discapacidad por día por equipo multidisciplinario, en jornadas de lunes a domingos, para un máximo de 70 valoraciones por semana por equipo multidisciplinario.
9. Definir mediante oficio la persona responsable de la coordinación del proceso al interior de la IPS, la cual debe propender por el cumplimiento de todos los requisitos previamente mencionados y establecer comunicación con la mesa de ayuda del registro o con la Secretaria de Salud Departamental en caso de necesitar aclaraciones.
10. Consolidar información en archivo excel de los certificados realizados el cual debe contener: (certificados de discapacidad realizados según curso de vida, genero, enfoque diferencial o grupo poblacional etc.) Según la siguiente tabla:

| POBLACIÓN BENEFICIADA CON EL PROYECTO | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| RANGO EDAD | GENERO | | | GRUPO POBLACIONAL | | | | | | | | | | | TOTAL | |
| | | Hombres | Mujeres | Víctimas del conflicto armado | Desplazados | Reincorporados o Reintegrados | Gestantes | Inmigrante | LGBTIQ+ | Comunidades Indígenas | Comunidades N.A.R.P | Población en pobreza extrema | otro | | |
| | Primera infancia 0 - 5 años | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Infancia 6 - 11 años | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Adolescencia 12 - 17 años | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Juventud 18 - 28 años | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Adultos 29 - 59 años | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Adultos mayores Mayor de 60 años | | | | | | | | | | | | | | | |
| | SUMATORIA | | | | | | | | | | | | | | | |

11. Entregar de archivo Excel denominado Matriz de seguimiento diligenciada (enviada a correo electrónico del prestador) para seguimiento de los recursos y entregar semanalmente a la supervisión del contrato con copia al correo discapacidad@meta.gov.co.

10.1. Entregar en medio magnético (memoria USB) un primer informe con el 40% de avance de ejecución del contrato con los siguientes soportes:

1. Matriz de seguimiento a las atenciones consolidadas hasta la fecha de corte.
2. Enviar adjunto archivo excel de población beneficiada con cohorte correspondiente al 40% de la ejecución.

3. Entregar las ordenes de autorizaciones generadas por las secretarias de salud de los municipios asignados.
4. Los certificados realizados en medio digital USB, organizados en archivos separados por municipios y en orden cronológico.

Este informe debe ser avalado por el supervisor y cargado al SECOP II antes de autorizar el pago.

10.2. Entrega en medio magnético (memoria USB) un informe final con los siguientes soportes:

1. Matriz de seguimiento a las atenciones consolidadas con el 100% de las atenciones.
2. Enviar adjunto archivo excel de población beneficiada con cohorte correspondiente al 100% de la ejecución y en las condiciones de tiempo, modo y lugar, mínimos señalados en los Entregar copia de las autorizaciones generadas por las secretarias de salud de los municipios asignados, del 60% de la ejecución restante del contrato.
3. Los certificados realizados en medio digital USB, organizados en archivos separados por municipios y en orden cronológico del 60% ejecutado.
4. informe técnico en medio físico el cual permita evidenciar las dificultades, fortalezas y aspectos a mejorar que se hallan presentado durante el proceso y procedimiento del certificado de discapacidad.

Este informe debe ser avalado por el supervisor y cargado al SECOP II antes de autorizar el pago.

12. Aceptar los procedimientos administrativos que determine el departamento a través de la Secretaria de salud del Meta para la ejecución del contrato.
13. Cumplir con el objeto del Contrato y las especificaciones técnicas requeridas por la Gobernación del Meta, Secretaria de Salud del Meta, en los términos pactados de conformidad con la propuesta presentada Estudios Previos.
14. Informar oportunamente al supervisor del contrato, de cualquier situación que pueda afectar la correcta ejecución de este.
15. Los certificados de discapacidad realizados en el municipio de Villavicencio se podrán realizar en la modalidad intramural, modalidad extramural -jornada de salud, telemedicina; siempre y cuando cuente con la modalidad habilitada en los servicios de acuerdo a las disciplinas que componen el/los equipos multidisciplinarios.

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

**PRÓRROGA No. 01** CLAUSULA PRIMERA : -OBJETO-PRORROGA AL CONTRATO DE PRESTACIÒN CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS NÚMERO.2874 DEL 2024 CUYO OBJETO ES: "PRESTAR SERVICIOS CON IPS PÚBLICAS O PRIVADAS VALIDADAS POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, DE ACUERDO CON EL CUMPLIMIENTO DE LOS CRITERIOS DEFINIDOS EN LA RESOLUCIÓN 1197 DEL 2024 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL PARA LA REALIZACIÓN DE VALORACIONES CLÍNICA PARA GENERAR EL CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD (LOTE 7)".

**CLAUSULA SEGUNDA**: TÈRMINO DE PRORROGA: El término que procede a prorrogar el Contrato de Prestación de Servicios No. 2874 del 2024, es por Dos ( 02) meses y Ocho (08) días calendario, contados desde 21 de diciembre de 2024 hasta el día 28 de febrero del 2025

**CLÁUSULA TERCERA - VIGENCIA DE LAS ESTIPULACIONES:** Todas las cláusulas y estipulaciones contractuales del contrato de prestación de servicios N° 2874 del 2024, no modificadas por el presente acuerdo, pertenecen vigentes, así como su exigibilidad.

**CLÁUSULA CUARTA - DOCUMENTOS:** Hacen parte de la presente Acta: 1) Solicitud de prórroga, 2) Viabilidad de supervisor, 3) Autorización del ordenador de gasto, 4) Los demás documentos que se generan durante el desarrollo del objeto contractual.

**CLÁUSULA QUINTA - PERFECCIONAMIENTO Y EJECUCIÓN:** La presente prórroga del contrato de prestación de servicios N° 2874 del 2024, se perfeccionan con la suscripción de la misma por las partes y se inicia el día siguiente al vencimiento plazo de ejecución vigente.

**SUSPENSIÒN No. 01**

**CLAUSULA PRIMERA** : -OBJETO- Suspensión No.01 AL CONTRATO DE PRESTACIÒN CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS NÚMERO.2874 DEL 2024 CUYO OBJETO ES: "PRESTAR SERVICIOS CON IPS PÚBLICAS O PRIVADAS VALIDADAS POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, DE ACUERDO CON EL CUMPLIMIENTO DE LOS CRITERIOS DEFINIDOS EN LA RESOLUCIÓN 1197 DEL 2024 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL PARA LA REALIZACIÓN DE VALORACIONES CLÍNICA PARA GENERAR EL CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD (LOTE 7)".

**CLÁUSULA SEGUNDA - TÉRMINO DE SUSPENSIÓN:** El término que procede a suspender el contrato de prestación de servicios N° 2874 de 2024 es por TRES (3) meses, contados desde el 13 de Febrero de 2025 hasta el 12 de mayo 05 de 2025, o antes si las condiciones que sustentan la suspensión se modifican.

**CLÁUSULA TERCERA - VIGENCIA DE LAS ESTIPULACIONES:** Todas las cláusulas y estipulaciones contractuales del contrato de prestación de servicios N° 2874 del 2024, no modificadas por el presente acuerdo, pertenecen vigentes, así como su exigibilidad.

**CLÁUSULA CUARTA - DOCUMENTOS:** Hacen parte de la presente Acta: 1) Solicitud de prórroga, 2) Viabilidad de supervisor, 3) Autorización del ordenador de gasto, 4) Los demás documentos que se generan durante el desarrollo del objeto contractual.

**CLÁUSULA QUINTA - PERFECCIONAMIENTO Y EJECUCIÓN:** La presente prórroga del contrato de prestación de servicios N° 2874 del 2024, se perfeccionan con la suscripción de la misma por las partes y se inicia el día siguiente al vencimiento plazo de ejecución vigente.

**ACTA DE REINICIO**:CLAUSULA PRIMERA : OBJETO: Reiniciar el Contrato de Prestación de Servicios No. 2874 DEL 2024 CUYO OBJETO ES: "PRESTAR SERVICIOS CON IPS PÚBLICAS O PRIVADAS VALIDADAS POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, DE ACUERDO CON EL CUMPLIMIENTO DE LOS CRITERIOS DEFINIDOS EN LA RESOLUCIÓN 1197 DEL 2024 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN

SOCIAL PARA LA REALIZACIÓN DE VALORACIONES CLÍNICA PARA GENERAR EL CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD (LOTE 7)". A partir del trece (13) de mayo de 2025, y establecer como nueva fecha de terminación el día veintiocho (28) de mayo del 2025.

CLAUSULA SEGUNDA: - **PERFECCIONAMIENTO Y EJECUCIÓN:** El presente documento se perfeccionan y ejecuta con la suscripción de las partes y su publicación en el SECOP

**Prórroga No. 02**
PRÓRROGA No. 02 CLAUSULA PRIMERA : CUYO OBJETO ES: "PRESTAR SERVICIOS CON IPS PÚBLICAS O PRIVADAS VALIDADAS POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, DE ACUERDO CON EL CUMPLIMIENTO DE LOS CRITERIOS DEFINIDOS EN LA RESOLUCIÓN 1197 DEL 2024 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL PARA LA REALIZACIÓN DE VALORACIONES CLÍNICA PARA GENERAR EL CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD (LOTE 7)".

CLAUSULA SEGUNDA: **TÈRMINO DE PRORROGA**: El término que procede a prorrogar el Contrato de Prestación de Servicios No. 2874 del 2024, es por CINCO ( 05) meses y Dos (02) días calendario, contados desde el Veintinueve de 2024 hasta el día 28 de febrero del 2025

**CLÁUSULA TERCERA - VIGENCIA DE LAS ESTIPULACIONES:** Todas las cláusulas y estipulaciones contractuales del contrato de prestación de servicios N° 2874 del 2024, no modificadas por el presente acuerdo, pertenecen vigentes, así como su exigibilidad.

**CLÁUSULA CUARTA - DOCUMENTOS:** Hacen parte de la presente Acta: 1) Solicitud de prórroga, 2) Viabilidad de supervisor, 3) Autorización del ordenador de gasto, 4) Los demás documentos que se generan durante el desarrollo del objeto contractual.

**CLÁUSULA QUINTA - PERFECCIONAMIENTO Y EJECUCIÓN:** La presente prórroga del contrato de prestación de servicios N° 2874 del 2024, se perfeccionan con la suscripción de la misma por las partes y se inicia el día siguiente al vencimiento plazo de ejecución vigente.

| **Periodo de Pago:** | Del | 18/12/2024 | Al | 31/08/2025 | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Tipo de Pago:** | Anticipo | | Parcial | X | Final | 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 y números, máximo 2 Decimales) | **VEINTICUATRO MILLONES SETESCIENTOS VEINTI UN MIL CIENTO CINCUENTA Y OCHO PESOS MTE ($ 24.721.158.00)** |

| **No. R.P. A Afectar** | **Rubro Presupuestal** | **Clasificador Presupuestal** | **Valor a Afectar** |
|---|---|---|---|
| 15577 | 03030102-2.3.19.1905.0300.015.2.3.2.02.02.009-106 | 91122 | **$ 24.721.158.00** |
| **Valor Total Autorizado a Pagar (números máximo 2 decimales)** | | | **$ 24.721.158.00** |

| **Lugar donde se suministra los bienes o se presta el Servicio:** (Según contrato) | |
|---|---|
| Será en el municipio de Villavicencio | |
| **Municipio** (Según Ejecución del Periodo de Pago) | **Valor** |
| Será en el municipio de Villavicencio | **$ 24.721.158.00** |
| N/A | N/A |
| **Valor Total Autorizado a Pagar (números máximo 2 decimales)** | **$ 24.721.158.00** |

*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** |
|---|---|

| **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 (Primero Pago)** | 18/12/2024 | 31/08/2025 | $ 24.721.158 | 27.07% |
| Saldo del Contrato Pendiente por Ejecutar | 01/09/2025 | 31/10/2025 | $ 66.618.705 | 72.93% |
| **Valor Total del Contrato Inicial** | 18/12/2024 | 31/10/2025 | **$ 91.339.863** | **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 | **0%** |

*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.

| DEPARTAMENTO DEL META<br>NIT. 892.000.148-8 | CERTIFICADO DEL SUPERVISOR<br>AUTORIZANDO PAGO | CÓDIGO: | F-BS-16 |
|---|---|---|---|
| | | VERSIÓN: | 06 |

| **Valor Total del Contrato Inicial más la Adición** | **$91.339.863** |
|---|---|

| **Pago de Seguridad Social (Persona Natural)** | **Datos** |
|---|---|
| Periodo Cotizado | N/A |
| Número de Planilla | N/A |
| IBC (Ingreso Base de Cotización) | N/A |
| Valor pagado a SALUD | N/A |
| Valor pagado a PENSIÓN | N/A |
| Valor pagado a ARL | N/A |
| Valor pagado a FSP | N/A |

| **Pago de Seguridad Social: (Persona Jurídica)** | **Si N/A** |
|---|---|
| Certificado expedido por el Representante Legal o Revisor Fiscal | SI |
| 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 Diecisiete (17) días del mes Septiembre del 2025 .

Cordialmente,

**YEHINS CAMILO MASMELA**
Profesional Universitario
**Supervisor**

Belisario® I.P.S.

**Belisario**
NIT: 830.504.600-4
TELEFONOS: 320 3604 4297 – 312 593 9564
Email: ips@belisario.com.co
Dirección: Calle 33# 39-53 Barrio Barzal
Villavicencio- Meta

## FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

**Cliente:** DEPARTAMENTO DEL META SECRETARIA DE SALUD DEL META

**Dirección:** CRA 33 NO. 38-45 **NIT:** 892000148 - 8

**Ciudad:** VILLAVICENCIO **Teléfono:** 6818500

**Acuerdo Comercial:** PARTICULARES CONTADO

**Forma de Pago:** CRÉDITO **Fecha de Vencimiento:** 17/10/2025 **Plazo(dias):** 30

**Nº BPS - 27**

| 17 | 9 | 2025 |
|---|---|---|

**HORA: 5:07 p.m.**

RESOLUCIÓN DIAN No. 18764091527903 FECHA: 03/04/2025 NUMERACIÓN AUTORIZADO CON PREFIJO BPS DEL 20 AL 10000 Vigencia por 12 meses Régimen ORDINARIO

| Cant | Descripción | Vr Unitario | Vr Total |
|---|---|---|---|
| 154 | VALORACIÓN CLÍNICA MULTIDISCIPLINARIA A LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD DEL DEPARTAMENTO DEL META PARA CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD EN EL RLCPCD (REGISTRO DE LOCALIZACIÓN Y CARACTERIZACIÓN DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD) EN CUMPLIMIENTO DE LA RESOLUCIÓN NÚMERO 1197 DE 2024 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. | 160,527 | 24,721,158 |

APROBADA

**Paciente:** CONTRATO NO. 2874 DE 2024, CUYO OBJETO ES: PRESTAR SERVICIOS CON IPS PÚBLICAS O PRIVADAS VALIDADAS POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ACUERDO CON EL CUMPLIMIENTO DE LOS CRITERIOS DEFINI

| | |
|---|---|
| **Sub Total** | 24,721,158.00 |
| **Descuento** | 0.00 |
| **I.V.A** | 0.00 |
| **Ret I.V.A** | 0.00 |
| **Retefuente** | 0.00 |
| **Rete I.C.A** | 0.00 |
| **Vr. Pagado** | 0.00 |
| **Vr. Saldo** | $24.721.158,00 |
| **Vr. Total** | $24.721.158,00 |

**Valor en Letras:** VEINTICUATRO MILLONES SETECIENTOS VEINTIUN MIL CIENTO CINCUENTA Y OCHO PESOS MONEDA CORRIENTE

Firma Autorizada

1-Esta factura de venta presenta merito ejecutivo de acuerdo a la ley 1231 de 2008. Vencida esta Factura causará interes por mora a la tasa máxima legal permitida.

2- De acuerdo al articulo 3 de la ley 1231 de 2008 la presente factura deberá ser pagada dentro de los 30 días calendario siguientes a la emisión.

Aceptada

Fecha

| D | M | A |
|---|---|---|
| | | |

Recibi CC y sello

# ACTA DE INICIO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. 2874 DEL AÑO 2024 CELEBRADO ENTRE EL DEPARTAMENTO DEL META Y BELISARIO VELASQUEZ Y ASOCIADOS SAS

| | | | |
|---|---|---|---|
| Contrato No.: | 2874 DEL 13/12/2024 | | |
| Registro Presupuestal: | 15577 DEL 17/12/2024 | | |
| Contratista: | BELISARIO VELASQUEZ Y ASOCIADOS SAS | Nit./c.c. | 830.504.600-4 |
| Representante Legal: | ORLY NARDITH TORRES PARDO | c.c. | 40.410.904 |
| Supervisor: | YEHINS CAMILO MASMELA MAHECHA | c.c. | 1.023.881.124 |
| Objeto: | | | |
| PRESTAR SERVICIOS CON IPS PÚBLICAS O PRIVADAS VALIDADAS POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ACUERDO CON EL CUMPLIMIENTO DE LOS CRITERIOS DEFINIDOS EN LA RESOLUCIÓN 1197 DE 2024 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL PARA LA REALIZACIÓN DE VALORACIONES CLÍNICA PARA GENERAR EL CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD (LOTE 7) | | | |
| Valor total del contrato: (Letras y Números) | NOVENTA Y UN MILLONES TRESCIENTOS TREINTA Y NUEVE MIL OCHOCIENTOS SESENTA Y TRES PESOS ($91.339.863,00) M/CTE | | |
| Término de ejecución: | Diez (10) días y/o hasta el 20 de diciembre de 2024 | | |
| Fecha Inicio: | 18/12/2024 | Fecha Finalización: | 20/12/2024 |

En la ciudad de Villavicencio, **YEHINS CAMILO MASMELA MAHECHA,** Supervisor delegado(a) identificado(a) con cédula de ciudadanía número 1.023.881.124, y **BELISARIO VELASQUEZ Y ASOCIADOS SAS** identificado con NIT. número 830.504.600-4, Representado Legalmente por ORLY NARDITH TORRES PARDO identificada con cédula de ciudadanía número 40.410.904, 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 18/12/2024, como fecha de inicio del contrato citado.

En constancia firman:

| | |
|---|---|
| BELISARIO VELASQUEZ Y ASOCIADOS SAS | YEHINS CAMILO MASMELA MAHECHA |
| RL: Orly Nardith Torres Pardo | Supervisor |

| | |
|---|---|
| Firma: | |
| Nombre: | YEHINS CAMILO MASMELA MAHECHA |
| Cargo: | PROFESIONAL UNIVERSITARIO |
| Proyectó | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Número del Proceso SECOP:** | **SSM-CD- 2874- -2024** | **Número Contrato:** | **2874** | **Fecha Contrato:** | **13/12/2024** |
| **Dependencia Ejecutora:** | **SECRETARIA DE SALUD DEL META** | | | | |
| **Contratista:** | **BELISARIO VELASQUEZ Y ASOCIADOS SAS** | | | **Nit. o c.c.** | **830.504.600-4** |
| **Representante Legal:** | **ORLY NARDITH TORRES PARDO** | | | **c.c.** | **40.410.904** |

**CONSIDERACIONES:**

1. Que el objeto a contratar se encuentra registrado en el Banco de Programas y Proyecto de Inversión Departamental BPPID bajo el número 2024005500093 según certificado expedido el 10/10/2024.
2. Que la descripción del objeto del contrato se encuentra inscrito en el Plan Anual de Adquisiciones de la Entidad debidamente publicado en la plataforma SECOP.
3. Que el valor del contrato se ajusta al requerimiento del ente gubernamental de conformidad con el presupuesto oficial proyectado por el ordenador del gasto el cual hace parte integral del contrato.
4. Que para la realización del contrato existe(n) el(los) Certificado(s) de Disponibilidad Presupuestal expedido(s) por la Gerencia de Presupuesto, para lo cual, los gastos que se ocasionen del mismo se cargarán al (a los) certificado(s) relacionado(s) a continuación:

| No. CDP | Fecha Expedición | Trazador Presupuestal | No. CPC | Rubro Presupuestal | Situación (SSF – CFF aplica solo regalías) | Valor CDP | Valor a Ejecutar |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 4913 | 14/11/2024 | N/A | 91122 | 03030102-2.3.19.1905.0300.015.2.3.2.02.02.009-106 | | 91.339.863,00 | $91.339.863,00 |
| TOTALES | | | | | | | $91.339.863,00 |

5. Que los estudios y documentos previos hacen parte integral del contrato y se acogen con la firma electrónica por las partes intervinientes en la plataforma del Sistema Electrónico para la Contratación Pública – SECOP.
6. Que en razón a la cuantía y objeto para la escogencia del contratista se hizo necesario adelantar un proceso de contratación directa.
7. Que el contrato se regirá por lo consagrado en la Ley 80 de 1993, Ley 1150 de 2007, Ley 1474 de 2011, Decreto 1082 de 2015, demás normas constitucionales y legales y en lo no previsto en ellas, por las normas de Derecho Privado y las cláusulas que se estipulan a continuación:

**CLÁUSULAS:**

(Las demás cláusulas no dispuestas en el presente documento se encuentran en el estudio previo).

**1) Objeto:**

**PRESTAR SERVICIOS CON IPS PÚBLICAS O PRIVADAS VALIDADAS POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ACUERDO CON EL CUMPLIMIENTO DE LOS CRITERIOS DEFINIDOS EN LA RESOLUCIÓN 1197 DE 2024 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL PARA LA REALIZACIÓN DE VALORACIONES CLÍNICA PARA GENERAR EL CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD (LOTE 7).**

**2) Término de Ejecución:**

El plazo de ejecución del contrato será por el término de Diez (10) días y/o hasta el 20 de diciembre de 2024, contados a partir de la suscripción del acta de inicio entre el/la supervisor(a) del contrato y EL/LA **CONTRATISTA**, previo el cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución.

**3) Valor del Contrato:**

El valor de este contrato es por la suma de **NOVENTA Y UN MILLONES TRESCIENTOS TREINTA Y NUEVE MIL OCHOCIENTOS SESENTA Y TRES PESOS ($91.339.863,00) M/CTE.** incluido todos los impuestos, tasas, contribuciones y gravámenes a los que haya lugar para su legalización y ejecución.

4) **Lugar de Ejecución:** Municipio de Villavicencio y demás población del área de influencia de los municipios del departamento del Meta, sin prestadores habilitados y autorizados.

**5) Vigencia:**

El presente contrato tiene como vigencia el término para la ejecución de la labor contratada y cuatro (4) meses más.

**6) Forma de pago:**

El Departamento del Meta desembolsará los dineros presupuestados para la futura contratación acuerdo a la facturación mensual presentada con el número de valoraciones con el equ multidisciplinario realizadas, presentando entre sus soportes la autorización de certificación discapacidad generada por las secretarias municipales de salud. Teniendo como base lineamientos para la ejecución de los recursos destinados para la implementación de la certifica de discapacidad de que trata la resolución No.1197 del 2024

PARAGRAFO UNO: El Departamento girara los recursos a los oferentes una vez verificada la efec prestación del servicio, en los términos del artículo 5 de la resolución 1197 de 2024 y los lineamie expedidos por el Ministerio de salud y la Protección social.

PARAGRAFO DOS: Teniendo en cuenta que la IPS debe tener la capacidad para realizar mínimo (10) valoraciones para certificación de discapacidad a la semana, establecido que el promedio tiempo para cada una es de 40 minutos, en cumplimiento de la Resolución 1197de 2024, por el v establecido para la valoración institucional

PARÁGRAFO TRES El valor unitario por valoración corresponde a **CIENTO SESENTA MIL QUINIENTOS VEINTISIETE PESOS** m/cte. ($160,527.00), para las modalidades intramural y extramural en jornada de salud y telemedicina

PARAGRAFO CUATRO: Es preciso resaltar que con estos recursos no se podrán financiar desplazamientos, viáticos, talento humano, acceso a internet, equipos de cómputo o cualquier otra destinación diferente al pago de la valoración clínica multidisciplinaria del procedimiento de certificación de discapacidad y registro de localización y caracterización de personas con discapacidad

PARAGRAFO CINCO : Para el trámite del pago de cada cuenta el contratista entregará al supervisor: informe de actividades con los soportes establecidos en las obligaciones, y certificación de Paz y Salvo en seguridad social y parafiscales, expedido por el revisor fiscal, de no contar con Éste, será expedida por el representante legal y el supervisor expedirá informe de supervisor y certificación autorizando el pago. Lo anterior, para el diligenciamiento del formato de "Reconocimiento de pago, F-BS-15.

**7) Cláusulas excepcionales:**

**EL DEPARTAMENTO DEL META** podrá terminar, modificar e interpretar unilateralmente el contrato según las normas prescritas en los artículos 14 al 18 de la Ley 80 de 1993, y demás normas que regulen la materia.

**8) Supervisión:**

El DEPARTAMENTO ejercerá la supervisión del presente contrato, a través de (la) Servidor (a) Publico(a) que designe el ordenador del gasto, el cual tendrá las obligaciones consignadas en los estudios previos del proceso en el acápite obligaciones del supervisor, que hace parte integral del contrato.

**9) Determinación de clase de riesgo laboral**

| | **Clase** |
|---|---|

| | |
|---|---|
| Analizadas las obligaciones del proveedor, conforme al decreto 1607 del 31 de julio de 2002 y circular interna de la entidad, se establece que la clase de riesgo laboral del proveedor es: (Aplica para persona natural) (Para persona jurídica debe indicar N/A en la casilla Clase) | **NA** |

**10) Indemnidad:**

**EL CONTRATISTA** se obliga a mantener indemne al **DEPARTAMENTO DEL META** de cualquier daño o perjuicio originado en reclamaciones de terceros que tengan como causa sus actuaciones o de las de sus subcontratistas o dependientes hasta por el monto del daño o perjuicio causado.

**11) Cesión:**

**El CONTRATISTA** no podrá ceder en todo o en parte a persona alguna natural o jurídica, nacional o extranjera, el presente contrato sin previa autorización expresa y por escrito de **EL DEPARTAMENTO DEL META**.

**12) Exclusión de relación laboral:**

Este contrato no implica relación, subordinación o dependencia de ningún tipo laboral entre **EL DEPARTAMENTO DEL META** y **EL CONTRATISTA**, y por lo tanto tampoco genera pago de prestaciones sociales de ninguna índole.

**13) De la publicidad y publicación de los actos y sentencias sancionatorias**

El presente contrato deberá ser publicado en la Página Web del SECOP; de acuerdo con el artículo 2.2.1.1.1.7.1 del Decreto 1082 del 2015.

Se regirá por lo estipulado en el artículo 31 de la Ley 80 de 1993, Ley 1150 de 2007 y el Decreto Nacional 019 de 2012 artículo 218.

**14) Finalización y/o liquidación del contrato**

De conformidad con el artículo 217 del Decreto 019 del 2012, no será obligatoria la Liquidación en los Contratos de Prestación de Servicios Profesionales y de Apoyo a la Gestión.

Según Ley 80 de 1993 Art. 60, modificado Art. 217 de Decreto 019 de 2012, Ley 1150 de 2007 Art. 11: *Del plazo para la liquidación de los contratos*. La liquidación de los contratos se hará de mutuo acuerdo dentro del término fijado en los pliegos de condiciones o sus equivalentes, o dentro del que acuerden las partes para el efecto. De no existir tal término, la liquidación se realizará dentro de los cuatro (4) meses siguientes a la expiración del término previsto para la ejecución del contrato o a la expedición del acto administrativo que ordene la terminación, o a la fecha del acuerdo que la disponga.

**15) Causales de Terminación**

Se establecerán como causales de terminación, las siguientes: **a)** Por mutuo acuerdo entre las partes. **b)** Por el cumplimiento del objeto del contrato **c)** Por incumplimiento de las obligaciones establecidas por cualquiera de las partes.

**16) Multas:**

**EL DEPARTAMENTO DEL META**, está facultado para imponer multas en caso de mora o incumplimiento parcial o total hasta por la suma del diez por ciento (10%) del valor del presente contrato, multas que se impondrán mediante resolución motivada conforme a lo permitido en la Ley.

**17) Cláusula penal:**

En caso de declaratoria de caducidad o incumplimiento de las obligaciones a cargo **DEL CONTRATISTA** esta pagará una sanción pecuniaria equivalente a una suma igual al diez por ciento (10%) del valor del contrato sin que para el efecto sea necesario ningún tipo de requerimiento ni acto administrativo de los perjuicios que sufra **EL DEPARTAMENTO DEL META**. **PARÁGRAFO:** El valor de la cláusula penal será descontado de cualquier saldo que resultare a favor del Contratista por razón de este contrato si lo hubiere. En caso contrario se hará efectiva la garantía y si esto no fuere posible se le iniciarán las acciones judiciales pertinentes.

**18) Documentos integrantes del contrato:**

Hacen parte del presente contrato todos los documentos descritos en el acápite **DOCUMENTOS QUE ACOMPAÑAN EL PROCESO DE CONTRATACIÓN**, el presente anexo a la minuta de contrato electrónico y los demás documentos expedidos en la etapa precontractual, contractual y postcontractual.

**PARÁGRAFO PRIMERO:** Los documentos relacionados con el presente contrato reposarán en el archivo de gestión de la Gerencia de Asuntos Contractuales de la Secretaría Jurídica del **DEPARTAMENTO DEL META**.

**19) Requisitos de perfeccionamiento y ejecución:**

El contrato se perfecciona con la suscripción de las partes, para su ejecución se requiere de la expedición del respectivo Registro Presupuestal y la aprobación de garantías (si es el caso).

**20) Declaraciones:**

Las partes declaran que conocen, comprenden y aceptan todas y cada una de las estipulaciones contenidas en el contrato y los demás documentos que forman parte integral del mismo, cuya interpretación se sustentará en el principio de la autonomía de la voluntad de las partes con fundamento en el artículo 1602 del Código Civil Colombiano.

**21) Notificaciones:**

Los avisos, solicitudes, comunicaciones y notificaciones que las partes deban hacer en virtud de la relación contractual constarán por escrito y se entenderán debidamente efectuadas sólo si son entregadas personalmente o por correo electrónico y a las direcciones indicadas a continuación: i) Por parte del **DEPARTAMENTO DEL META** en la Carrera 33 No. 38 – 45 Centro Edificio Gobernación del Meta, – Villavicencio (Meta) o al correo electrónico gobernaciondelmeta@meta.gov.co ii) Al Contratista de acuerdo a la información diligenciada en la plataforma del SECOP al momento de su creación.

| | |
|---|---|
| BELISARIO VELASQUEZ Y ASOCIADOS SAS | JORGE OVIDIO CRUZ ALVAREZ |
| R/L ORLY NARDITH TORRES PARDO | Secretario de Salud del Meta |
| **Contratista** | **Ordenador del Gasto** |
| **Vo. Bo. para la publicidad en SECOP** | |
| **Oficina de Contratación SSM** | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Firma:** | | **Firma:** | |
| **Nombre:** | ERIKSSON ANDRES RODRIGUEZ RIOBUENO | **Nombre:** | ERIKSSON ANDRES RODRIGUEZ RIOBUENO |
| **Cargo** | Contratista SSM | **Cargo:** | Contratista SSM |
| **Proyectó** | | **Revisó** | |

DEPARTAMENTO DEL META
GERENCIA DE PRESUPUESTO
RECIBÍ.
FECHA. 16 DIC. 2024
HORA. 5:15

**PRORROGA No. 1 AL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. 2874 de 2024, CELEBRADO ENTRE EL DEPARTAMENTO DEL META Y BELISARIO VELASQUEZ Y ASOCIADOS SAS**

| | |
|---|---|
| CONTRATISTA: | **BELISARIO VELASQUEZ Y ASOCIADOS SAS NIT 830.504.600-4 R/L ORLY NARDITH TORRES PARDO C.C. No. 40.410.904** |
| OBJETO DEL CONTRATO: | |
| **"PRESTAR SERVICIOS CON IPS PÚBLICAS O PRIVADAS VALIDADAS POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ACUERDO CON EL CUMPLIMIENTO DE LOS CRITERIOS DEFINIDOS EN LA RESOLUCIÓN 1197 DE 2024 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL PARA LA REALIZACIÓN DE VALORACIONES CLÍNICA PARA GENERAR EL CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD (LOTE 7).".** | |
| VALOR INICIAL: | **noventa y un millones trescientos treinta y nueve mil ochocientos setenta y tres pesos ($91.339.863,00) m/cte.** |
| VALOR ADICIÓN: | **No aplica** |
| TÉRMINO DE EJECUCIÓN INICIAL: | **Diez (10) días y/o hasta el 20 de diciembre de 2024** |
| TÉRMINO DE PRÓRROGA: | **Dos (02) meses y ocho (8) días** |
| FECHA DE LA PRESENTE ACTA: | **20/12/2024** |

Entre los suscritos: **JORGE OVIDIO CRUZ ALVAREZ,** mayor de edad, con domicilio en la Ciudad de Villavicencio, identificado con la cedula de ciudadanía **Nº 17.342.450** de Villavicencio, en calidad de Secretario de Salud del Meta nombrado mediante Decreto No. 014 del 03 de Enero de 2024, y acta de posesión No 014 del 03 de Enero de 2024 , facultado para contratar en nombre y representación del Departamento del Meta, mediante el Decreto 275 del 22 de Mayo de 2020 proferido por el Gobernador del departamento del Meta quien en adelante se denominará **EL DEPARTAMENTO**, *por una parte, y por la otra*, **BELISARIO VELASQUEZ Y ASOCIADOS SAS. NIT 830.504.600-4, R/L ORLY NARDITH TORRES PARDO** identificado con cédula de ciudadania **No. 40.410.904**, quien para efectos de la presente acta, se denominará el **CONTRATISTA**, hemos convenido celebrar la presente **PRÓRROGA No. 1** al contrato de prestación de servicios No. 2874 de fecha 13 de diciembre de 2024, que se regirá por las siguientes cláusulas, previas las consideraciones descritas a continuación:

- Que el día 13 de diciembre de 2024, el Departamento del Meta y el contratista **BELISARIO VELASQUEZ Y ASOCIADOS SAS**, suscribieron el contrato No. 2874 de 2024, el cual a la fecha presenta novedades en el cuadro anteriormente descrito.
- Que el Contrato de Prestación de Servicios No. 2874 de 2024, tiene como término de ejecución inicial diez (10) días y/o hasta el veinte (20) de diciembre de 2024.
- Que se cuenta con acta de inicio de fecha 17 de diciembre de 2024.
- Que a la fecha el contrato se encuentra vigente.
- Que el supervisor en oficio de fecha 19 de diciembre de 2024, viabiliza la prórroga solicitada por el contratista y solicita la autorización para su suscripción al ordenador de gasto, teniendo en cuenta las razones que se exponen a continuación:

**PRORROGA No. 1 AL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. 2874 de 2024, CELEBRADO ENTRE EL DEPARTAMENTO DEL META Y BELISARIO VELASQUEZ Y ASOCIADOS SAS**

la suscripción de la misma por las partes y se inicia el día siguiente al vencimiento plazo de ejecución vigente.

En constancia de aceptación, se firma en la ciudad de Villavicencio a los, 20 de diciembre de 2024.

| | |
|---|---|
| BELISARIO VELASQUEZ Y ASOCIADOS SAS | JORGE OVIDIO CRUZ ALVAREZ |
| R/L ORLY NARDITH TORRES PARDO | Secretario de Salud del Meta |
| **Contratista** | **Ordenador del Gasto** |
| **Vo. Bo. para la publicidad en SECOP** | |
| **Oficina de Contratación SSM** | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Firma:** | | **Firma:** | |
| **Nombre:** | Eriksson Rodriguez R | **Nombre:** | Eriksson Rodriguez R |
| **Cargo** | Contratista SSM | **Cargo:** | Contratista SSM |
| **Proyectó** | | **Revisó** | |

**SUSPENSION No. 1 AL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. 2874 de 2024, CELEBRADO ENTRE EL DEPARTAMENTO DEL META Y BELISARIO VELASQUEZ Y ASOCIADOS SAS**

| | |
|---|---|
| CONTRATISTA: | **BELISARIO VELASQUEZ Y ASOCIADOS S.A.S.**<br>**Nit. 830.504.600-4** |
| OBJETO DEL CONTRATO: | |
| **PRESTAR SERVICIOS CON IPS PÚBLICAS O PRIVADAS VALIDADAS POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ACUERDO CON EL CUMPLIMIENTO DE LOS CRITERIOS DEFINIDOS EN LA RESOLUCIÓN 1197 DE 2024 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL PARA LA REALIZACIÓN DE VALORACIONES CLÍNICA PARA GENERAR EL CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD (LOTE 7).** | |
| VALOR INICIAL: | **NOVENTA Y UN MILLONES TRESCIENTOS TREINTA Y NUEVE MIL OCHOCIENTOS SESENTA Y TRES PESOS ($91.339.863) M/CTE** |
| VALOR ADICIÓN: | **No aplica** |
| TÉRMINO DE EJECUCIÓN INICIAL: | **Diez (10) días y/o hasta el veinte (20) de diciembre de 2024.** |
| TÉRMINO DE PRÓRROGA No. 1: | **Dos (2) meses y Ocho dias** |
| TÉRMINO DE SUSPENSION No.1: | **Tres (3) meses** |
| FECHA DE LA PRESENTE ACTA: | **12 de Febrero de 2025** |

**JORGE OVIDIO CRUZ ALVAREZ**, identificado(a) con cédula de ciudadanía número **17.342.450** de Villavicencio, Secretario de Salud del Departamento del Meta, nombrado(a) mediante Decreto No. 014 de fecha 03 de enero de 2024 y posesionado(a) según consta en el Acta No.010 de fecha 03 de enero de 2024, facultado(a) para contratar en nombre y representación del Departamento del Meta mediante Decreto No. 275 de fecha del 22 de mayo de 2020, quien en adelante se denominará **EL DEPARTAMENTO**, por una parte, y de otra, **BELISARIO VELASQUEZ Y ASOCIADOS S.A.S**, identificado con Nit. **830.504.600-4,** representada legalmente por **ORLY NARDITH TORRES PARDO,** identificado con C.C.No.**40.410.904**, quien para efectos de la presente acta, se denominará el **CONTRATISTA**, hemos convenido celebrar la presente **ACTA DE SUSPENSION No.1** al contrato de prestación de servicios No. 2874 de fecha 13 de diciembre de 2024, que se regirá por las siguientes cláusulas, previas las consideraciones descritas a continuación:

- Que el día 13 de diciembre de 2024, el Departamento del Meta y el contratista **BELISARIO VELASQUEZ Y ASOCIADOS S.A.S**, suscribieron el contrato No. 2874 de 2024, el cual a la fecha presenta novedades en el cuadro anteriormente descrito.
- Que el Contrato de Prestación de Servicios No. 2874 de 2024, tiene como término de ejecución inicial diez (10) días y/o hasta el veinte (20) de diciembre.
- Que se cuenta con acta de inicio suscrita por las partes el día 18 de diciembre de 2024.

**SUSPENSION No. 1 AL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. 2874 de 2024, CELEBRADO ENTRE EL DEPARTAMENTO DEL META Y BELISARIO VELASQUEZ Y ASOCIADOS SAS**

- Que el 20 de diciembre de 2024 se suscribió Minuta de Prorroga No. 1 al Contrato de Prestación de Servicios No. 2874 de 2024, por el término de dos (2) meses y Ocho (08) dias, es decir, hasta el veintiocho (28) de febrero de 2025.
- Que a la fecha el contrato se encuentra vigente.
- Que el supervisor del contrato, mediante oficio de fecha 11 de febrero de 2025, solicita la viabilidad y autorización de suscripción de una suspensión a la ejecución del contrato, toda vez que " en razón a que no se ha realizado a la fecha la transferencia de recursos por parte del Ministerio de Salud y Protección Social de acuerdo y conforme a lo señalado en la Resolución 1539 del 2024, y como quiera que las apropiación están soportada en dicho elemento presupuestal, correspondiente a la vigencia 2024, debe suspenderse en forma provisional la ejecución hasta tanto se realice el giro por parte del ministerio al departamento, razón está fundamentada en circunstancias excepcionales" Por lo anterior, me permito solicitar suspensión del contrato de prestación de servicios No. 2874 de 2024, en tiempo por noventa (90) días, a fin de salvaguardar la responsabilidad presupuestal de la relación contractual, para beneficio de la población con discapacidad"
- Que la solicitud presentada por el supervisor, fue revisada por el ordenador del gasto, quien autorizó la misma.
- Que teniendo en cuenta que la situación presentada y sustentada por el supervisor del contrato, resulta ser un hecho ajeno a la voluntad de las partes que incide directamente en financiación de las cargas contractuales, e incide directamente en la capacidad y soporte financiero para ejecutar temporalmente las obligaciones contractuales, resulta procedente de acuerdo con la situación indicada, suspender el contrato de Prestación de servicios No.2874 de 2024, por el término de tres (03) meses, a partir de la suscripción de la presente.
- Que la presente Suspensión se encuentra debidamente sustentada, y se celebra de conformidad con lo establecido en la Ley 80 de 1993, Ley 1150 de 2007 y demás decretos reglamentarios; y teniendo en cuenta que, para el proceso de solicitud de suspensión mencionado, existe viabilidad otorgada por la supervisora, la presente suspensión se regirá por las siguientes clausulas:

**CLÁUSULA PRIMERA - OBJETO:** SUSPENSION No. 1 AL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. 2874 DE 2024 CUYO OBJETO ES: "**PRESTAR SERVICIOS CON IPS PÚBLICAS O PRIVADAS VALIDADAS POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ACUERDO CON EL CUMPLIMIENTO DE LOS CRITERIOS DEFINIDOS EN LA RESOLUCIÓN 1197 DE 2024 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL PARA LA REALIZACIÓN DE VALORACIONES CLÍNICA PARA GENERAR EL CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD (LOTE 7).**"

**CLÁUSULA SEGUNDA - TÉRMINO DE SUSPENSION:** El término que se procede a suspender al Contrato de Prestación de Servicios No. 2874 de 2024, es por **Tres (3) meses**, contados desde el 13 de Febrero de 2025 hasta el día 12 de Mayo de 2025, o antes si las condiciones que sustentan la suspensión se modifican.

**SUSPENSION No. 1 AL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. 2874 de 2024, CELEBRADO ENTRE EL DEPARTAMENTO DEL META Y BELISARIO VELASQUEZ Y ASOCIADOS SAS**

**CLÁUSULA TERCERA - VIGENCIA DE LAS ESTIPULACIONES:** Todas las cláusulas y estipulaciones contractuales del Contrato de Prestación de Servicios No. 2874 de 2024, no modificadas por el presente acuerdo, permanecen vigentes, así como su exigibilidad.

**CLÁUSULA CUARTA - DOCUMENTOS:** Hacen parte de la presente acta: 1) Solicitud de prórroga, 2) Viabilidad del supervisor, 3) Autorización del ordenador de gasto, 4) Los demás documentos que se generan durante el desarrollo del objeto contractual.

**CLÁUSULA QUINTA - PERFECCIONAMIENTO Y EJECUCIÓN.** La presente prórroga al Contrato de Prestación de Servicios No. 2874 de 2024, se perfeccionan con la suscripción de la misma por las partes y se inicia el día siguiente al vencimiento plazo de ejecución vigente.

En constancia de aceptación, se firma en la ciudad de Villavicencio a los, 12 días de febrero de 2025.

| | |
|---|---|
| **BELISARIO VELASQUEZ Y ASOCIADOS S.A.S** | **JORGE OVIDIO CRUZ ALVAREZ** |
| R/L **ORLY NARDITH TORRES PARDO** | **Secretario de Salud del Meta** |
| **Contratista** | **Ordenador del Gasto** |
| **Vo. Bo. para la publicidad en SECOP** | |
| **Firma:** | **Firma:** |
| **Nombre:** Juan Carlos Mojica Castillo | **Nombre:** Juan Carlos Mojica Castillo |
| **Cargo** Contratista SSM | **Cargo:** Contratista SSM |
| **Proyectó** | **Revisó** |

**ACTA DE REINICIO No. 1 DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. 2874 DEL AÑO 2024 CELEBRADO ENTRE EL DEPARTAMENTO DEL META Y BELISARIO VELASQUEZ Y ASOCIADOS SAS**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Contrato No.: | 2874 del 13 de diciembre de 2024 | | |
| Registro Presupuestal: | 15577 del 17 de diciembre de 2024 | | |
| Contratista: | BELISARIO VELASQUEZ Y ASOCIADOS SAS | Nit./c.c. | 830.504.600-4 |
| Representante Legal: | ORLY NARDITH TORRES PARDO | c.c. | 40.410.904 |
| Supervisor: | YEHINS CAMILO MASMELA MAHECHA | c.c. | 1.023.881.124 |
| Objeto: PRESTAR SERVICIOS CON IPS PÚBLICAS O PRIVADAS VALIDADAS POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ACUERDO CON EL CUMPLIMIENTO DE LOS CRITERIOS DEFINIDOS EN LA RESOLUCIÓN 1197 DE 2024 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL PARA LA REALIZACIÓN DE VALORACIONES CLÍNICA PARA GENERAR EL CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD (LOTE 7) | | | |
| Valor total del contrato: (Letras y Números) | Noventa y un millón trescientos treinta y nueve mil ochocientos sesenta y tres pesos ($91.339.863.00) M/Cte. | | |
| Término de ejecución: | Diez (10) días y/o hasta el 20 de diciembre de 2024 | | |
| Fecha Inicio: | 18/12/2024 | | |
| Minuta de prorroga No. 1 | 20/12/2024 (2 meses y 8 días) | | |
| Minuta de suspensión No. 1 | 13/02/2025 (3 meses) | | |
| Fecha de terminación actualizada | 28/05/2025 | | |
| Fecha de la presente acta | 13/05/2025 | | |

Entre los suscritos: **YEHINS CAMILO MASMELA MAHECHA,** identificado con cédula de ciudadanía número **1.023.881.124** de Bogotá, en su calidad de Supervisor del contrato, y de otra parte **BELISARIO VELASQUEZ Y ASOCIADOS SAS,** identificado(a) con NIT. número **830.504.600-4** Representada Legalmente por **ORLY NARDITH TORRES PARDO**, identificada con cédula de ciudadanía número **40.410.904** de Villavicencio, en calidad de Contratista, hemos convenido celebrar la presente Acta de Reinicio No. 1 del Contrato de Prestación de Servicios No. 2874 de 2024, previas las siguientes consideraciones:

**CONSIDERACIONES**

**1)** Que el día 13 de diciembre de 2024 el Departamento del Meta y a la empresa **BELISARIO VELASQUEZ Y ASOCIADOS SAS**, con NIT. 830.504.600-4,

| DEPARTAMENTO DEL META | ACTA DE REINICIO | CÓDIGO: | |
|---|---|---|---|
| | | VERSIÓN: | |

En consecuencia, las partes **ACUERDAN:**

**CLAUSULA PRIMERA - OBJETO:** Reiniciar el Contrato de de Prestación de Servicios No. 2874 de 2024, cuyo objeto es: "**PRESTAR SERVICIOS CON IPS PÚBLICAS O PRIVADAS VALIDADAS POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ACUERDO CON EL CUMPLIMIENTO DE LOS CRITERIOS DEFINIDOS EN LA RESOLUCIÓN 1197 DE 2024 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL PARA LA REALIZACIÓN DE VALORACIONES CLÍNICA PARA GENERAR EL CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD (LOTE 7)**", a partir del trece (13) de mayo de 2025, y establecer como nueva fecha de terminación el día veintiocho (28) de mayo del 2025.

**CLAUSULA SEGUNDA: PERFECCIONAMIENTO Y EJECUCIÓN**: El presente documento se perfecciona y ejecuta con la suscripción de las partes y su publicación en el SECOP.

De conformidad con lo expuesto se suscribe por las partes en la ciudad de Villavicencio a los trece (13) días de mayo de 2025.

En constancia firman:

| | |
|---|---|
| **BELISARIO VELASQUEZ Y ASOCIADOS SAS** | **YEHINS CAMILO MASMELA MAHECHA** |
| R.L. ORLY NARDITH TORRES PARDO | Profesional Universitario |
| Contratista | Supervisor |

| | |
|---|---|
| Firma: | |
| Nombre: | **YEHINS CAMILO MASMELA MAHECHA** |
| Cargo: | Profesional Universitario |
| Proyectó | |

| DEPARTAMENTO DEL META<br>NIT. 892.000.148-8 | MINUTA DE PRORROGA DE CONTRATO O CONVENIO | CÓDIGO: | F-BS-26 |
|---|---|---|---|
| | | VERSIÓN: | 01 |

**PRORROGA No.2 CONTRATO No. 2874 DE 2024, CELEBRADO ENTRE EL DEPARTAMENTO DEL META Y BELISARIO VELASQUEZ Y ASOCIADOS SAS**

| | |
|---|---|
| CONTRATISTA: | **BELISARIO VELASQUEZ Y ASOCIADOS SAS** |
| OBJETO DEL CONTRATO: | |
| **PRESTAR SERVICIOS CON IPS PÚBLICAS O PRIVADAS VALIDADAS POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ACUERDO CON EL CUMPLIMIENTO DE LOS CRITERIOS DEFINIDOS EN LA RESOLUCIÓN 1197 DE 2024 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL PARA LA REALIZACIÓN DE VALORACIONES CLÍNICA PARA GENERAR EL CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD (LOTE 7).** | |
| VALOR INICIAL: | **NOVENTA Y UN MILLONES TRESCIENTOS TREINTA Y NUEVE MIL OCHOCIENTOS SESENTA Y TRES PESOS ($91.339.863) M/CTE** |
| TÉRMINO DE EJECUCIÓN INICIAL: | **Diez (10) días y/o hasta el veinte (20) de diciembre de 2024.** |
| TERMINO DE PRORROGA No:1 | **Dos (2) meses y Ocho días** |
| SUSPENSION No:1 | **Tres (3) meses** |
| TERMINO DE PRORROGA No:2 | **CINCO MESES (05) y DOS (02) DIAS** |
| FECHA: | 20 MAY 2025 |

Entre los suscritos, **JORGE OVIDIO CRUZ ALVAREZ** mayor de edad, con domicilio en la ciudad de Villavicencio, identificado con la cédula de ciudadanía número 17.342.450 de Villavicencio, en calidad de Secretario de Salud del Meta, nombrado mediante Decreto 014 de fecha 03 de Enero de 20241 y posesionado según consta en acta No. 010 de fecha 03 de Enero de 2024, facultado para contratar en nombre y representación del Departamento del Meta, mediante Decreto 275 de fecha del 22 de Mayo de 2020, quien en adelante se denominará **EL DEPARTAMENTO**, por una parte, y de otra, **BELISARIO VELASQUEZ Y ASOCIADOS S.A.S**, identificado con Nit. **830.504.600-4,** representada legalmente por **ORLY NARDITH TORRES PARDO,** identificado con C.C.No.**40.410.904,** quien para efectos del presente contrato o convenio se denominará el **CONTRATISTA**, hemos convenido celebrar la presente **Prorroga No.2** al contrato No. 2874 de fecha 13 de diciembre de 2024, que se regirá por las siguientes cláusulas previas las consideraciones descritas a continuación:

- Que el día 13 de diciembre de 2024, el Departamento del Meta y el contratista **BELISARIO VELASQUEZ Y ASOCIADOS S.A.S**, suscribieron el contrato No. 2874 de 2024, el de 2024 cual a la fecha presenta novedades en el cuadro anteriormente descrito.
- Que el Contrato de Prestación de Servicios No.2874 de 2024, tiene como termino de ejecución inicial DIEZ DIAS y/o hasta el 20 de diciembre de 2024.
- Que se cuenta con acta de Inicio de fecha 18 de diciembre de 2024.
- Que el 20 de diciembre de 2024 se suscribió Minuta de Prorroga No. 1 al Contrato de Prestación de Servicios No. 2874 de 2024, por el término de dos (2) meses y Ocho (08) días, es decir, hasta el veintiocho (28) de febrero de 2025.
- Que el supervisor del contrato, mediante oficio de fecha 11 de febrero de 2025, solicita la viabilidad y autorización de suscripción de una suspensión a la ejecución del contrato, toda

**PRORROGA No.2 CONTRATO No. 2874 DE 2024, CELEBRADO ENTRE EL DEPARTAMENTO DEL META Y BELISARIO VELASQUEZ Y ASOCIADOS SAS**

vez que " en razón a que no se ha realizado a la fecha la transferencia de recursos por parte del Ministerio de Salud y Protección Social de acuerdo y conforme a lo señalado en la Resolución 1539 del 2024, y como quiera que las apropiación están soportada en dicho elemento presupuestal, correspondiente a la vigencia 2024, debe suspenderse en forma provisional la ejecución hasta tanto se realice el giro por parte del ministerio al departamento, razón está fundamentada en circunstancias excepcionales" Por lo anterior, me permito solicitar suspensión del contrato de prestación de servicios No. 2874 de 2024, en tiempo por noventa (90) días, a fin de salvaguardar la responsabilidad presupuestal de la relación contractual, para beneficio de la población con discapacidad"

- Que la solicitud presentada por el supervisor, fue revisada por el ordenador del gasto, quien autorizó la misma.
- Que teniendo en cuenta que la situación presentada y sustentada por el supervisor del contrato, resulta ser un hecho ajeno a la voluntad de las partes que incide directamente en financiación de las cargas contractuales, e incide directamente en la capacidad y soporte financiero para ejecutar temporalmente las obligaciones contractuales, resulta procedente de acuerdo con la situación indicada, suspender el contrato de Prestación de servicios No.2874 de 2024, por el término de tres (03) meses, a partir de la suscripción de la presente.
- Que se superaron las causas que dieron origen a la suspensión y las partes proceden el día 13 de Mayo de 2025, a dar reinicio Contrato de Prestación de Servicios No. 2874 de 2024.
- Que a la fecha el contrato se encuentra vigente.
- Que mediante oficio de fecha 16 de Mayo de 2025 dirigido al Secretario de Salud del Meta, la representante legal de **BELISARIO VELASQUEZ Y ASOCIADOS S.A.S**, la señora **ORLY NARDITH TORRES PARDO,** solicita la viabilidad de ampliar el plazo de ejecución del presente contrato toda vez que la plataforma del ministerio se habilito en el mes de mayo, razón por la cual el desarrollo de las actividades contractuales ha estado condicionado por esta situación, dado que el termino del contrato también finaliza en este mismo mes.
- Que de conformidad con lo manifestado por el interventor/supervisor en informe de fecha 19 de mayo de 2025, viabiliza la prórroga solicitada por el Contratista, ya que es imperativo para la entidad seguir contando con la ejecución del presente contrato.
- Por lo anterior, me permito solicitar prorroga del Contrato de Prestación de Servicios No.2874 de 2024 por un termino de CINCO (05) MESES y DOS (02) DIAS, es decir hasta el día Treinta y Uno (31) de Octubre de 2025, con el objetivo de garantizar la continuidad en la prestación del servicio para beneficio de la población con discapacidad.
- Que la solicitud presentada por el supervisor, fue revisada por el ordenador del gasto, quien autorizo la misma.
- Que la presente Prorroga se encuentra debidamente sustentada, y se celebra de conformidad con lo establecido en la Ley 80 de 1993, ley 1150 de 2007 y demás decretos reglamentarios y se regirá por las siguientes cláusulas:

**CLAUSULA PRIMERA. OBJETO: "PRORROGA No.2 AL CONTRATO DE PRESTACION DE**

| DEPARTAMENTO DEL META<br>NIT. 892.000.148-8 | MINUTA DE PRORROGA DE CONTRATO O CONVENIO | CÓDIGO: | F-BS-26 |
|---|---|---|---|
| | | VERSIÓN: | 01 |

**PRORROGA No.2 CONTRATO No. 2874 DE 2024, CELEBRADO ENTRE EL DEPARTAMENTO DEL META Y BELISARIO VELASQUEZ Y ASOCIADOS SAS**

**SERVICIOS No. 2874 DE 2024 CUYO OBJETO ES: "PRESTAR SERVICIOS CON IPS PÚBLICAS O PRIVADAS VALIDADAS POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ACUERDO CON EL CUMPLIMIENTO DE LOS CRITERIOS DEFINIDOS EN LA RESOLUCIÓN 1197 DE 2024 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL PARA LA REALIZACIÓN DE VALORACIONES CLÍNICA PARA GENERAR EL CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD (LOTE 7).".**

**CLAUSULA SEGUNDA. TERMINO DE PRORROGA:** El término que se procede a prorrogar al Contrato de Prestación de Servicios No. 2874 de 2024, es por **CINCO (05) MESES y DOS (02) DIAS, es decir desde el Veintinueve (29) de Mayo al Treinta y Uno (31) de Octubre de 2025.**

**CLAUSULA TERCERA. - VIGENCIA DE LAS ESTIPULACIONES:** Todas las cláusulas y estipulaciones contractuales del Contrato de Prestación de Servicios No.2874 de 2024, no modificadas por la prórroga, permanecen vigentes, así como su exigibilidad.

**CLAUSULA CUARTA -DOCUMENTOS**: Hacen parte del presente 1) Solicitud de Prorroga. 2) Viabilidad del Supervisor. 3)Autorización del Ordenador del Gasto. 4) Los demás documentos que se generen durante el desarrollo del contrato o convenio.

**CLAUSULA QUINTA -PERFECCIONAMIENTO Y EJECUCIÓN:** La presente prorroga se considera perfeccionada con la suscripción de la misma por las partes y se inicia el día siguiente al vencimiento inicial del contrato o convenio.

Para constancia se firma en Villavicencio (Meta) a los 20 MAY 2025

| | |
|---|---|
| **BELISARIO VELASQUEZ Y ASOCIADOS S.A.S** | **JORGE OVIDIO CRUZ ALVAREZ** |
| R/L **ORLY NARDITH TORRES PARDO** | Secretario de Salud del Meta |
| **Contratista** | **Ordenador del Gasto** |
| **Vo. Bo. para la publicidad en SECOP** | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Firma:** | | **Firma:** | |
| **Nombre:** | **JUAN CARLOS MOJICA CASTILLO** | **Nombre:** | **JUAN CARLOS MOJICA CASTILLO** |
| **Cargo** | Profesional Especializado | **Cargo:** | Profesional especializado |
| **Proyectó** | | **Revisó** | |

**Nota:** Verificar la vigencia del documento en el listado maestro de documentos.

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141174138075

(415)7707212489984(8020) 000014117413807 5

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 8 3 0 5 0 4 6 0 0 | 4 | Impuestos de Bogotá 3 2 | |

## IDENTIFICACIÓN

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de Identificación | |
|---|---|---|---|
| Persona jurídica 1 | | | |

| Lugar de expedición 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| | | |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| | | | |

35. Razón social
BELISARIO VELASQUEZ & ASOCIADOS SAS

| 36. Nombre comercial | 37. Sigla |
|---|---|
| | BELISARIO SAS Y / O BVA SAS |

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Bogotá D.C. 1 1 | Bogotá, D.C. 0 0 1 |

41. Dirección principal
CR 7 71 21 ED AVENIDA CHILE OF 801 TO B

42. Correo electrónico notificacion@belisario.com.co

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 6 0 1 3 2 3 0 0 5 0 | 3 2 0 3 0 4 4 2 9 7 |

## CLASIFICACIÓN

### Actividad económica

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

### Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código 5 7 9 1 0 1 4 4 2 4 8 5 2 5 5

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar
07- Retención en la fuente a título de rent
09- Retención en la fuente en el impuesto
10- Obligado aduanero
14- Informante de exogena
42- Obligado a llevar contabilidad
48 - Impuesto sobre las ventas - IVA
52 - Facturador electrónico
55 - Informante de Beneficiarios Finales

### Usuarios aduaneros

54. Código 2 2 2 3

### Exportadores

| 55. Forma | 56. Tipo | Servicio 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|---|---|
| 2 | 1 | 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 TORRES PARDO ORLY NARDITH

985. Cargo Representante legal Certificado

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**



Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141174138075

(415)7707212489984(8020) 000014117413807 5

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 8 3 0 5 0 4 6 0 0 | 4 | Impuestos de Bogotá 3 2 | |

## Caracteristicas y formas de las organizaciones

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 62. Naturaleza | 2 | 63. Formas asociativas | 1 2 | 64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados | |
| 65. Fondos | | 66. Cooperativas | | 67. Sociedades y organismos extranjeros | |
| 68. Sin personería jurídica | | 69. Otras organizaciones no clasificadas | | 70. Beneficio | 1 |

## Constitución, Registro y Última Reforma

| Documento | 1. Constitución | 2. Reforma |
|---|---|---|
| 71. Clase | 0 5 | 0 1 |
| 72. Número | 2 5 5 5 | 6 7 |
| 73. Fecha | 2 0 0 4 1 0 1 5 | 2 0 2 1 0 4 1 5 |
| 74. Número de notaría | 4 0 | |
| 75. Entidad de registro | 0 3 | 0 3 |
| 76. Fecha de registro | 2 0 0 4 1 0 2 1 | 2 0 2 1 0 4 2 1 |
| 77. No. Matrícula mercantil | 1 4 2 4 8 7 8 | 0 0 0 1 4 2 4 8 7 8 |
| 78. Departamento | 1 1 | 1 1 |
| 79. Ciudad/Municipio | 4 | 4 |
| Vigencia | | |
| 80. Desde | 2 0 0 4 1 0 2 1 | |
| 81. Hasta | | |

## Composición del Capital

| | |
|---|---|
| 82. Nacional | 1 0 0 % |
| 83. Nacional público | 0 . 0 % |
| 84. Nacional privado | 1 0 0 . 0 % |
| 85. Extranjero | 0 % |
| 86. Extranjero público | 0 . 0 % |
| 87. Extranjero privado | 0 . 0 % |

## Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control: Superintendencia de Sociedades 5

## Estado y Beneficio

| Item | 89. Estado actual | 90. Fecha cambio de estado | 91. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 92. DV |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 8 0 | 2 0 1 6 0 1 0 1 | | - |
| 2 | | | | - |
| 3 | | | | - |
| 4 | | | | - |
| 5 | | | | - |

## Vinculación económica

| 93. Vinculación económica | 94. Nombre del grupo económico y/o empresarial | 95. Número de Identificación Tributaria (NIT) de la Matriz o Controlante | 96. DV. |
|---|---|---|---|
| | | | |

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante

| 170. Número de identificación tributaria otorgado en el exterior | 171. País | 172. Número de identificación tributaria sociedad o natural del exterior con EP | |
|---|---|---|---|
| | | | |

173. Nombre o razón social de la sociedad o natural del exterior con EP

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Representación

001

Página 3 de 5 Hoja 3

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 141174138075

(415)7707212489984(8020) 000014117413807 5

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 8 3 0 5 0 4 6 0 0 | 4 | Impuestos de Bogotá 3 2 | |

**Representación**

**1**

| 98. Representación | 99. Fecha inicio ejercicio representación |
|---|---|
| REPRS LEGAL PRIN 1 8 | 2 0 1 7 0 8 0 2 |

| 100. Tipo de documento | 101. Número de identificación | 102. DV | 103. Número de tarjeta profesional |
|---|---|---|---|
| Cédula de Ciudadani 1 3 | 4 0 4 1 0 9 0 4 | | |

| 104. Primer apellido | 105. Segundo apellido | 106. Primer nombre | 107. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| TORRES | PARDO | ORLY | NARDITH |

| 108. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 109. DV | 110. Razón social representante legal |
|---|---|---|
| | | |

**2**

| 98. Representación | 99. Fecha inicio ejercicio representación |
|---|---|
| REPRS LEGAL SUPL 1 9 | 2 0 2 1 0 3 1 9 |

| 100. Tipo de documento | 101. Número de identificación | 102. DV | 103. Número de tarjeta profesional |
|---|---|---|---|
| Cédula de Ciudadan 1 3 | 7 4 3 9 2 4 0 5 | | |

| 104. Primer apellido | 105. Segundo apellido | 106. Primer nombre | 107. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| GOMEZ | PINEDA | JOHN | ALBERT |

| 108. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 109. DV | 110. Razón social representante legal |
|---|---|---|
| | | |

**3**

| 98. Representación | 99. Fecha inicio ejercicio representación |
|---|---|
| REPRS LEGAL SUPL 1 9 | 2 0 1 7 0 8 0 2 |

| 100. Tipo de documento | 101. Número de identificación | 102. DV | 103. Número de tarjeta profesional |
|---|---|---|---|
| Cédula de Ciudadan 1 3 | 4 0 3 6 7 8 0 5 | | |

| 104. Primer apellido | 105. Segundo apellido | 106. Primer nombre | 107. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| VELASQUEZ | PINILLA | MARTHA | LUCIA |

| 108. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 109. DV | 110. Razón social representante legal |
|---|---|---|
| | | |

**4**

| 98. Representación | 99. Fecha inicio ejercicio representación |
|---|---|
| REPRS LEGAL SUPL 1 9 | 2 0 1 7 0 8 0 2 |

| 100. Tipo de documento | 101. Número de identificación | 102. DV | 103. Número de tarjeta profesional |
|---|---|---|---|
| Cédula de Ciudadan 1 3 | 1 0 1 8 4 3 6 9 0 6 | | |

| 104. Primer apellido | 105. Segundo apellido | 106. Primer nombre | 107. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| VELASQUEZ | VANEGAS | DANIEL | FELIPE |

| 108. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 109. DV | 110. Razón social representante legal |
|---|---|---|
| | | |

**5**

| 98. Representación | 99. Fecha inicio ejercicio representación |
|---|---|
| | |

| 100. Tipo de documento | 101. Número de identificación | 102. DV | 103. Número de tarjeta profesional |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 104. Primer apellido | 105. Segundo apellido | 106. Primer nombre | 107. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 108. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 109. DV | 110. Razón social representante legal |
|---|---|---|
| | | |

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Revisor Fiscal y Contador

001

Página 4 de 5 Hoja 5

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 141174138075

(415)7707212489984(8020) 000014117413807 5

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 8 3 0 5 0 4 6 0 0 | 4 | Impuestos de Bogotá 3 2 | |

**Revisor Fiscal y Contador**

**Revisor fiscal principal**

| 124. Tipo de documento | 125. Número de identificación | 126. DV | 127. Número de tarjeta profesional |
|---|---|---|---|
| Cédula de Ciudadanía 1 3 | 1 0 1 0 1 9 0 1 5 7 | 9 | 2 0 5 7 0 6 T |

| 128. Primer apellido | 129. Segundo apellido | 130. Primer nombre | 131. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| TORRES | GAVILAN | JAZMIN | VIVIANA |

| 132. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 133. DV | 134. Sociedad o firma designada |
|---|---|---|
| 8 3 0 0 0 0 8 1 8 | 9 | CROWE CO S.A.S |

| 135. Fecha de nombramiento |
|---|
| 2 0 2 5 0 4 1 4 |

**Revisor fiscal suplente**

| 136. Tipo de documento | 137. Número de identificación | 138. DV | 139. Número de tarjeta profesional |
|---|---|---|---|
| Cédula de Ciudadanía 1 3 | 1 0 7 2 4 9 6 3 4 2 | 5 | 2 8 2 7 3 8 T |

| 140. Primer apellido | 141. Segundo apellido | 142. Primer nombre | 143. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| GARCIA | MURCIA | YAZMIN | ANDREA |

| 144. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 145. DV | 146. Sociedad o firma designada |
|---|---|---|
| 8 3 0 0 0 0 8 1 8 | 9 | CROWE CO S.A.S |

| 147. Fecha de nombramiento |
|---|
| 2 0 2 5 0 4 1 4 |

**Contador**

| 148. Tipo de documento | 149. Número de identificación | 150. DV | 151. Número de tarjeta profesional |
|---|---|---|---|
| Cédula de Ciudadanía 1 3 | 1 0 2 2 4 1 3 8 2 1 | 4 | 2 8 3 1 2 7 T |

| 152. Primer apellido | 153. Segundo apellido | 154. Primer nombre | 155. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| ARCINIEGAS | GARZON | CESAR | OSWALDO |

| 156. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 157. DV | 158. Sociedad o firma designada |
|---|---|---|
| | | |

| 159. Fecha de nombramiento |
|---|
| 2 0 2 2 0 6 2 1 |

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Página 5 de 5 **Hoja 6**

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 141174138075

(415)7707212489984(8020) 000014117413807 5

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|---|
| 8 3 0 5 0 4 6 0 0 | 4 | Impuestos de Bogotá | 3 2 | |

**Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros**

**1**

| 160. Tipo de establecimiento | 161. Actividad económica | |
|---|---|---|
| Oficina 0 8 | Actividades jurídicas 6 9 1 0 | |

162. Nombre del establecimiento
BELISARIO VELASQUEZ & ASOCIADOS SAS

| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio | |
|---|---|---|
| Bogotá D.C. 1 1 | Bogotá, D.C. 0 0 1 | |

165. Dirección
CR 7 71 21 ED AVENIDA CHILE OF 801 TO B

| 166. Número de matrícula mercantil | 167. Fecha de la matrícula mercantil | |
|---|---|---|
| | | |
| 168. Teléfono | 169. Fecha de cierre | |
| | | |

**2**

| 160. Tipo de establecimiento | 161. Actividad económica | |
|---|---|---|
| Establecimiento de comerci 0 2 | Actividades de apoyo diagnóstico 8 6 9 1 | |

162. Nombre del establecimiento
BELISARIO SAS IPS

| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio | |
|---|---|---|
| Meta 5 0 | Villavicencio 0 0 1 | |

165. Dirección
CL 33 39 53

| 166. Número de matrícula mercantil | 167. Fecha de la matrícula mercantil | |
|---|---|---|
| 4 1 8 8 3 2 | 2 0 2 2 0 6 0 2 | |
| 168. Teléfono | 169. Fecha de cierre | |
| 3 2 0 3 0 4 4 2 9 7 | | |

**3**

| 160. Tipo de establecimiento | 161. Actividad económica | |
|---|---|---|
| | | |

162. Nombre del establecimiento:

| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio | |
|---|---|---|
| | | |

165. Dirección

| 166. Número de matrícula mercantil | 167. Fecha de la matrícula mercantil | |
|---|---|---|
| | | |
| 168. Teléfono | 169. Fecha de cierre | |
| | | |

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

Villavicencio, 17 de diciembre de 2024

Doctor:
**Yehins Camilo Masmela Mahecha**
C.C 1.023.881.124 de Bogotá
Profesional Universitario
Secretaría de Salud del Meta

ASUNTO: DESIGNACIÓN DE SUPERVISION – CONTRATO **No. 2874 DE 2024**

Que la Ley 1474 de 2011, establece normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, como investigación, sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública, indicando la importancia de las actividades ejercidas por la supervisión y la interventoría dentro de la inversión y ejecución de los recursos.

Que, para el seguimiento y control de la ejecución del contrato, quien ejerza la supervisión deberá observar lo establecido en la Constitución Política, la Ley 1474 de 2011, y demás normas aplicables y vigentes.

En ejecución de la labor encomendada, es importante recordar que las actuaciones de los **SUPERVISORES** esencialmente se circunscriben al seguimiento administrativo, técnico, financiero, contable, y jurídico, a la ejecución del contrato, y se deben desarrollar siguiendo los lineamientos contenidos en el manual de Contratación, Supervisión e Interventoría del Departamento del Meta - Decreto No.075 del 01 de marzo de 2021 y las demás establecidas, en especial las consagradas en la Ley 1474 de 2011 artículos 82, 83, 84.

Que el **DEPARTAMENTO DEL META**, a través de la Secretaría de Salud y **BELISARIO VELASQUEZ Y ASOCIADOS S.A.S. – NIT. 830**.504.600 – 4 - Rep. Legal: **ORLY NARDITH TORRES PARDO** identificado (a) con la cedula de ciudadanía **No. 40**.410.904 de Villavicencio, suscribieron el Contrato **No. No. 2874 del 13 de diciembre de 2024**, cuyo objeto es: **"Prestar servicios con IPS públicas o privadas validadas por el ministerio de salud y protección social de acuerdo con el cumplimiento de los criterios definidos en la resolución 1197 de 2024 del ministerio de salud y protección social para la realización de valoraciones clínica para generar el certificado de discapacidad (Lote 7)".**

De manera atenta, mediante la presente, me permito comunicarle que, en uso de las facultades legales y conferidas por la Ley 80 de 1993, la Ley 1474 de 2011, el Decreto 1082 de 2015, Decreto 275 de 2020, Decreto 075 de 2021, el Secretario de Salud y ordenador de gasto, ha resuelto **DELEGAR** la **SUPERVISION** del contrato antes mencionado, reiterándole ejercerla con responsabilidad a partir del **17 de diciembre de 2024**, teniendo en cuenta el acápite de obligaciones del Supervisor de los Estudios previos, en el cual se indica lo siguiente:

"***OBLIGACIONES DEL SUPERVISOR.*** *El DEPARTAMENTO ejercerá la supervisión del presente contrato, a través del Ordenador del Gasto, 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.*



Calle 37 N° 41-80 Barzal Alto · **Secretaría de Salud del Meta**
PBX: (+57 608) 681 8500 · Línea gratuita nacional: 018000 129 202
www.meta.gov.co

*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).*
*7. Dar cumplimiento al Decreto No. 075 de 2021, por medio de la cual se adopta el Manual de Contratación, Supervisión e Interventoría 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."*

Para mayor claridad, se le **recuerda** que deben anexar a la carpeta del contrato los soportes de cada pago, antes de radicar la cuenta en Tesorería, como son:

- Informe de ejecución del **SUPERVISOR**
- Informe de Ejecución del Contratista
- Copias de los recibos de pago de seguridad social
- Copia de la cuenta de cobro

Para el caso de la liquidación además deberá anexar:

- Acta de terminación

Y los demás documentos que se generen durante la ejecución contractual, así como mantener actualizado la publicación en el **SECOP.**

Por último, es menester recordarle que el supervisor o interventor responderá disciplinaria, civil y penalmente, por sus acciones y omisiones en la actuación contractual en los términos de la constitución y la ley. (Artículo 51 y 53 de la ley 80 de 1993, y la ley 1474 de 2011, art. 84 y el decreto 1082 de 2015).

Por todo lo anterior, sírvase avocar conocimiento y trámites pertinentes, a partir del presente acto administrativo.

Cordialmente,

**JORGE OVIDIO CRUZ ALVAREZ**
**Secretario de Salud del Meta**
**Departamento del Meta - NIT. 892.000.148 – 8**

*Proyecté y revisé: Jacqueline Lozada Ortiz.*
*Profesional de Apoyo – Contratista S.S.M.*
*Oficina de Contratación – S.S.M.*



Calle 37 N° 41-80 Barzal Alto · **Secretaría de Salud del Meta**
PBX: (+57 608) 681 8500 · Línea gratuita nacional: 018000 129 202
www.meta.gov.co

# Certificado Bancario

Jueves, 3 de julio de 2025

A quien pueda interesar

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que BELISARIO VELASQUEZ Y ASOCIADOS SAS identificado(a) con NIT 830504600, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

| Producto | No. Producto | Fecha Apertura | Estado |
|---|---|---|---|
| CUENTA DE AHORROS | 69900000237 | 2020/03/12 | ACTIVA |
| CUENTA CORRIENTE | 60234548594 | 2007/07/06 | ACTIVA |

***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 los siguientes números: Medellín - Local: (60-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (60-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (60-5) 361 88 88 - Cali - Local: (60-2) 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

Crowe

**Crowe CO S.A.S.**
Member Crowe Global

Carrera 16 # 93-92
Edificio Crowe
Bogotá D.C., Colombia
NIT 830.000.818-9
PBX 57.1.605 9000
Contacto@Crowe.com.co
www.Crowe.com.co

**EL SUSCRITO REVISOR FISCAL DE BELISARIO VELASQUEZ & ASOCIADOS SAS. CON NIT 830.504.600-4 VIVIANA TORRES GAVILAN, IDENTIFICADO CON CÉDULA DE CIUDADANIA No. 1.010.190.157 Y TARJETA PROFESIONAL No. 205.706-T EXPEDIDA POR LA JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

**CERTIFICA QUE**

1. A la fecha se encuentra en curso mi examen sobre los estados financieros de la Compañía por el año que terminará el 31 de diciembre de 2025.

2. De acuerdo con la información suministrada y la planilla de pago 9492870758 con corte a octubre de 2025, no estoy enterado de situaciones indicativas de inobservancia en el cumplimiento de las obligaciones legales provenientes del sistema de seguridad social en salud y lo correspondiente a riesgos laborales, pensión, ICBF, SENA y cajas de compensación Familiar, de conformidad con el artículo 50 de la Ley 789 de diciembre de 2002 modificada por el artículo 9 de la Ley 828 de 2003, el artículo. 32 de la Ley 1150 de 2007 y el artículo 24 del Decreto 2106 de 2019.

La presente certificación se expide en Bogotá a los seis (06) días del mes de octubre de 2025, a solicitud de la administración de la compañía.

En cumplimiento con el artículo 2 de la ley 43 de 1990, mi firma como Revisor Fiscal en las Certificaciones se fundamenta en los libros de contabilidad. La información que no es de carácter contable fue verificada con las fuentes indicadas.

JAZMIN VIVIANA TORRES GAVILAN

Firmado digitalmente por JAZMIN VIVIANA TORRES GAVILAN
Fecha: 2025.10.07 11:10:03 -05'00'

**(*) VIVIANA TORRES GAVILÁN**
Revisor Fiscal
Tarjeta Profesional No. 205.706-T
Designado por **CROWE CO S.A.S.**
(*) En cumplimiento del articulo 2 de la ley 43 de 1990, mi firma como Revisor Fiscal en las certificaciones se fundamenta en los libros de contabilidad. La información diferente a la contable es suministrada por la administración de la compañía y va ligada contra soportes.

Crowe

**Crowe CO S.A.S.**
Member Crowe Global

Carrera 16 # 93-92
Edificio Crowe
Bogotá D.C., Colombia
NIT 830.000.818-9
PBX 57.1.605 9000
Contacto@Crowe.com.co
www.Crowe.com.co

**EL SUSCRITO REVISOR FISCAL DE BELISARIO VELASQUEZ & ASOCIADOS SAS. CON NIT 830.504.600-4 VIVIANA TORRES GAVILAN, IDENTIFICADO CON CÉDULA DE CIUDADANIA No. 1.010.190.157 Y TARJETA PROFESIONAL No. 205.706-T EXPEDIDA POR LA JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

**CERTIFICA QUE**

1. A la fecha se encuentra en curso mi examen sobre los estados financieros de la Compañía por el año que terminará el 31 de diciembre de 2025.

2. De acuerdo con la información suministrada durante los últimos seis (6) meses (abril a septiembre del 2025), no estoy enterado de situaciones indicativas de inobservancia en el cumplimiento de las obligaciones legales provenientes del sistema de seguridad social en salud y lo correspondiente a riesgos laborales, pensión, ICBF, SENA y cajas de compensación Familiar, de conformidad con el artículo 50 de la Ley 789 de diciembre de 2002 modificada por el artículo 9 de la Ley 828 de 2003, el artículo. 32 de la Ley 1150 de 2007 y el artículo 24 del Decreto 2106 de 2019.

La presente certificación se expide en Bogotá a los tres (03) días del mes de septiembre de 2025, a solicitud de la administración de la compañía.

En cumplimiento con el artículo 2 de la ley 43 de 1990, mi firma como Revisor Fiscal en las Certificaciones se fundamenta en los libros de contabilidad. La información que no es de carácter contable fue verificada con las fuentes indicadas.

**(*) VIVIANA TORRES GAVILÁN**
Revisor Fiscal
Tarjeta Profesional No. 205.706-T
Designado por **CROWE CO S.A.S.**
(*) En cumplimiento del articulo 2 de la ley 43 de 1990, mi firma como Revisor Fiscal en las certificaciones se fundamenta en los libros de contabilidad. La información diferente a la contable es suministrada por la administración de la compañia y va ligada contra soportes.



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.010.190.157
TORRES GAVILAN

APELLIDOS
JAZMIN VIVIANA

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 11-ABR-1990
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65
ESTATURA

B+
G.S. RH

F
SEXO

23-ABR-2008 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

P-1500150-00086845-F-1010190157-20081002 0003993099A 2 25786449


JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PÚBLICO

205706-T

JAZMIN VIVIANA
TORRES GAVILAN
C.C. 1010190157

RESOLUCION INSCRIPCION 477 FECHA 13/08/2015
UNIVERSIDAD SANTO TOMAS

DIRECTOR GENERAL

JULIO CESAR ACUÑA GONZALEZ Z19Z81


208178
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 comunicarse
al PBX: 644 45 50 o dirigirse a la UAE - Junta Central de
Contadores a la calle 95 No. 9A - 21 Bogotá D.C.

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

7B1E6444D7C5414

**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 **JAZMIN VIVIANA TORRES GAVILAN** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 1010190157 de BOGOTA, D.C. (BOGOTA D.C) Y Tarjeta Profesional No 205706-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 dias del mes de Septiembre 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