DEPARTAMENTO DEL META NIT. 892 050 148-6	RECONOCIMIENTO Y PAGO PARA CONTRATOS O CONVENIOS (PAGO PARCIAL O FINAL)	CÓDIGO:	F-BS-15
		VERSIÓN:	6

Fecha de Elaboración del Reconocimiento:	**21/10/2025**	**Periodo de Pago:**	**Del**	**17/12/2024**	**Al**	**31/07/2025**	
Contrato No. y Fecha:	**2881 DEL 13 DE DICIEMBRE DEL 2024**						
Contratista:	**PREVENCIÓN EN SALUD IPS S.A.S**			**c.c. o Nit. No.**	**900.547.903-9**		
Representante Legal:	**GLORIA ESPERANZA TARAZONA GOMEZ**			**c.c. No.**	**60.380.023**		
Tipo de Pago:	**Parcial**		**Final** X	**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
[illegible]	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 • Planilla integrada en la que conste el pago de aporte y el IBC. (Persona Natural). • Esquema de presunción de costos, de acuerdo a lo establecido por el Ministerio de Salud y Protección Social y la UGPP. (Trabajadores independientes por cuenta propia o con contrato diferente a prestación de servicios) • Certificado expedido por el representante legal o revisor fiscal (Si está obligado a tenerlo), donde acredite que se encuentra a paz y salvo con aportes a seguridad social y parafiscales durante los últimos 6 meses, anexando tarjeta profesional, c.c. y antecedentes de la profesión vigentes del revisor fiscal (Persona Jurídica)	X	X	X	X
13	COPIA CERTIFICADO DE AFILIACIÓN ARL (Primer pago del contrato inicial, cesión, o prorroga) (Persona Natural)	N/A	N/A	N/A	N/A
14	INFORME DEL CONTRATISTA	N/A	X	X	X
[illegible]	INFORME DEL SUPERVISOR (F-BS-23)	N/A	X	X	X
[illegible]	ACTA DE FINALIZACIÓN (F-BS-17)	X	X	X	X
17	ACTA DE LIQUIDACIÓN (F-BS-34) (Nota 14 y 15)	X	X	X	X
18	ACTA PARCIAL DE OBRA Y/O RECIBO FINAL (Todos los pagos con proyectos de inversión y la adición)	N/A	N/A	N/A	N/A
19	SALIDA DE ALMACÉN – INSTALACIÓN DE BIENES (Firmada) (Para contratos de suministro) (Copia Hacienda – Original Jurídica)	N/A	N/A	N/A	N/A

Valor a Pagar (Letras y Números):	**Veintiocho Millones ochocientos Noventa y Cuatro Mil Ochocientos Sesenta Pesos M/CTE, ($28.894.860.00)**

Cordialmente,

Firma:		**Firma:**	
Nombre:	JORGE OVIDIO CRUZ ALVAREZ	**Nombre:**	JULIAN ANDRES COVALEDA GAVILAN
Cargo:	Secretario de Salud del Meta	**Cargo:**	Profesional Universitario
Ordenador del Gasto		**Supervisor**	

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