



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

**CÓDIGO:** F-BS-15

**VERSIÓN:** 6

<b>Fecha de Elaboración del Reconocimiento:</b>	15/12/2025	<b>Periodo de Pago:</b>	Del	01/11/2025	Al	30/11/2025
<b>Contrato No. y Fecha:</b>	<b>1944 del 10 de septiembre de 2025</b>					
<b>Contratista:</b>	<b>DALMIRO HUMBERTO GARCIA CARAVALI</b>			<b>c.c. o Nit. No.</b>	<b>86.079.820</b>	
<b>Representante Legal:</b>	N/A			<b>c.c. No.</b>	N/A	
<b>Tipo de Pago:</b>	Parcial	x	Final	N/A	<b>Número de Pago:</b>	<b>3</b>

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

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

**Valor a Pagar (Letras y Números): CINCO MILLONES DE PESOS (\$ 5.000.000) MCTE**

Cordialmente,

<b>Firma:</b>		<b>Firma:</b>	
<b>Nombre:</b>	<b>ANA ZENIT ARGOTE PEREZ</b>	<b>Nombre:</b>	<b>ALIX MONICA GONZALEZ RODRIGUEZ</b>
<b>Cargo:</b>	Secretaría de Salud del Meta Ordenadora del Gasto	<b>Cargo:</b>	Gerente de Promoción y Prevención Supervisor

<b>Firma:</b>		
<b>Nombre:</b>	<b>ALIX MONICA GONZALEZ RODRIGUEZ</b>	<b>CRISTIAN CAMILO CESPEDES RAMOS</b>
<b>Cargo:</b>	Gerente de Promoción y Prevención	Gerente administrativo de salud
<b>Acción:</b>	Revisión del Directivo	Revisión Financiera

Area Ordenadora del Gasto

Scap

11756

27-12-25

Carrera 33 No. 38-45 - Edificio Gobernación - Meta - Colombia  
PBX: (+57 608) 681 8500 - Línea gratuita nacional: 01 8000 129 202  
www.meta.gov.co





**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:

**MEJORAMIENTO A LA GESTION EN SALUD PUBLICA A TRAVES DE ASISTENCIAS TECNICAS EN EL DEPARTAMENTO DEL META - SUBCUENTA SALUD PUBLICA COLECTIVA**

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

**2024005500207**

**Observaciones:**

En la fecha 08 de agosto de 2025, 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..	4.1.7.2.9 Subprograma Estilos de vida saludable y abordaje de enfermedades no transmisibles con enfoque diferencial	Sector 19 - Salud y protección social.	Meta 41072091901. Implementar en los 29 municipios procesos de asistencia técnica en los componentes de modos condiciones y estilos de vida saludables; el abordaje en la prevención y control de las enfermedades no trasmisibles y las alteraciones en salud bucal, visual y auditiva y, las enfermedades huérfanas/raras y autoinmunes (AR y LES).
---	---	---	--	---

1. Actividad o componente a ejecutar: *Articular la gestión inspección, vigilancia conforme a la normatividad vigente relacionado con la promoción de modos, condiciones y estilos de vida saludable para la prevención, detección temprana de las enfermedades crónicas no transmisibles- ECNT.*

Objeto del gasto: *Contribuir al fortalecimiento de capacidades técnicas en prevención y detección temprana y abordaje de las enfermedades crónicas no transmisibles y de alteraciones en salud bucal, visual y auditiva en el Departamento del Meta.*

Valor: \$42,666,666.00. Fuente de Financiación: 32 SGP - Salud Publica

**Obras o actividades adicionales:** NO

Certificación expedida en la ciudad de Villavicencio en la fecha: 11 de agosto de 2025

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

Elaboro: CLARA POVEDA ROA - 45



Carrera 33 No 38 -45 / Edificio Gobernación / Meta / Colombia

PBX: (+57) 8 681 85 00 / Línea Gratuita nacional: 01 8000 129 202

www.meta.gov.co

BRINCO DE PROGRAMAS Y PROYECTOS DE INVERSIÓN DEPARTAMENTAL



DEPARTAMENTO DEL META  
HT 892.000.148-9

CERTIFICADO DEL SUPERVISOR  
AUTORIZANDO PAGO

CÓDIGO: F-BS-16

VERSIÓN: 06


<b>Contrato No. y Fecha:</b>	1944 del 10 de septiembre de 2025.		
<b>Contratista:</b> (Persona natural o jurídica que figura en el contrato.)	<b>DALMIRO HUMBERTO GARCIA CARAVALI</b>	<b>Nit./c.c.</b>	86.079.820
<b>Representante Legal:</b> (Soló para persona jurídica)	N/A	<b>c.c.</b>	N/A
<b>Supervisor:</b> (insertar filas cuando en el periodo de pago se presenten varios supervisores)	<b>ALIX MONICA GONZALEZ RODRIGUEZ</b>	<b>c.c.</b>	52.033.446
<b>Objeto:</b> (Transcribir del contrato)			
"contribuir al fortalecimiento de capacidades técnicas en prevención y detección temprana y abordaje de las enfermedades crónicas no transmisibles y de alteraciones en salud bucal visual y auditiva en el departamento del meta".			
<b>Valor inicial del contrato:</b> (Según Minuta) (Letras y Números)	DIECISEIS MILLONES SEISCIENTOS SESENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS SESENTA Y SIETE PESOS (\$ 16.666.667) MCTE		
<b>Término Inicial de Ejecución:</b>	Tres (3) meses y diez (10) días.		

<b>Fecha de Inicio según Acta de Inicio:</b>	10 /09/ 2025	<b>Fecha Finalización según Acta de Inicio:</b>	19/12/2025
--	--------------	---	------------

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

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

<b>Forma de Pago:</b> (Transcribir del contrato o del documento que haga sus veces)
EL DEPARTAMENTO pagará al contratista el valor de ejecución del contrato así: un pago inicial correspondiente a la fracción de los días contados a partir de la fecha del acta de inicio hasta el último día del mes calendario en que inicie la ejecución del contrato, calculado sobre cinco millones de pesos (\$5.000.000) m/cte., dos (2) mensualidades vencidas, correspondiente a meses completos según el calendario, cada una por valor de cinco millones de pesos (\$5.000.000) m/cte. y un pago final correspondiente a la fracción de los últimos días de ejecución contractual, previa certificación de cumplimiento expedido por el supervisor y acreditación de que se encuentra a paz y salvo el contratista

 DEPARTAMENTO DEL META TEL. 892.000.148-8	<b>CERTIFICADO DEL SUPERVISOR AUTORIZANDO PAGO</b>	CÓDIGO:	F-BS-16
		VERSIÓN:	06

con los aportes al Sistema Integral de Seguridad Social (EPS, Fondo de Pensiones y ARL) y demás requisitos que le sean aplicables.

Registro Presupuestal (Contrato Inicial):					
Número y Fecha:	No 10365 de 10 de septiembre de 2025	Inversión	X	Funcionamiento	N/A
Rubro presupuestal:	030302-2.3.19.1905.0300.002.2.3.2.02.02.009-32				
Valor: (Letras y Números)	<b>Dieciséis millones seiscientos sesenta y seis mil seiscientos sesenta y siete pesos (\$ 16.666.667) mcte</b>				
*Realice copia de la tabla si tiene más de un Registro Presupuestal					

Registro Presupuestal (Adición):					
Número y Fecha:	N/A	Inversión	N/A	Funcionamiento	N/A
Rubro presupuestal:	N/A				
Valor: (Letras y Números)	N/A				
*Si no existen adiciones diligencie con N/A					
** Realice copia de la tabla si se presenta más de una adición					

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



DEPARTAMENTO DEL META  
TEL. 892 500.148-8

CERTIFICADO DEL SUPERVISOR  
AUTORIZANDO PAGO

CÓDIGO:

F-BS-16

VERSIÓN:

06

14. Cumplir las disposiciones y lineamientos dados en favor de la prevención, eliminación de lesiones, enfermedades y víctima mortal por ocasión del trabajo en el marco legal aplicable a los trabajadores en términos de seguridad y salud en el trabajo.
15. Cumplir las disposiciones y directrices en favor de la prevención de la contaminación y la protección del medio ambiente a través del control adecuado de residuos y consumo responsable de recursos.
16. Conocer y dar cumplimiento a las políticas y procedimientos de seguridad de la información establecida por la organización, pertinente al desarrollo del objeto contractual, de conformidad con lo estipulado en el Sistema Integrado de Gestión.
17. Cargar en la plataforma del SECOP los documentos soporte de la cuenta de cobro junto con los informes de ejecución a más tardar dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la fecha de elaboración de la misma.
18. Las demás que por naturaleza del contrato se requieran en el transcurso del mismo

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

1. Elaborar y presentar al supervisor e l plan de trabajo de las actividades contractuales detallado que contemple las actividades, metas, cronograma y recursos necesarios para la implementación durante el periodo contractual, alineado con los lineamientos nacionales y departamentales."
2. Realizar acompañamiento técnico presencial al cumplimiento de la normatividad vigente frente al abordaje de las enfermedades cardiovasculares y metabólicas (HTA, diabetes, ERC, ACV); enfermedades respiratorias crónicas (EPOC y ASMA) y Promover MCEVS e n los municipios priorizados de Granada, Vistahermosa, Mesetas, Puerto Concordia, Puerto Lleras, Puerto Rico, y sus IPSs públicas en el departamento del Meta. Realizar seguimiento virtual: El Calvario, El Castillo, Lejanías, El Dorado, Guamal, La Macarena, San Juan de Arama, y San Martin Fuente de Oro
3. Promover los cursos virtuales p a r a la promoción de estilos de vida saludables y prevención de las enfermedades cardio cerebrovasculares dirigido al talento humano en salud (médicos, Enfermeras y auxiliares de enfermería) de las EAPBs,, IPS públicas y privadas de la plataforma de la OPS y MSPS e n los 15 municipios asignados del departamento.
4. Realizar acompañamiento técnico y Seguimiento a las EAPB para la implementación de programas para el tratamiento, para la cesación del consumo de tabaco, derivados, sucedáneos e imitadores.
5. Participar en las mesas técnicas para evaluar el comportamiento de los indicadores epidemiológicos asociados a las Enfermedades No Transmisibles (ENT), enfermedades cardio-cerebrovasculares, Diabetes y EPOC, con base en los referentes de Vigilancia en Salud Pública y los programas asignados, con el propósito de identificar avances, tendencias y oportunidades de mejora.
6. Participar en el fortalecimiento del talento humano en salud, específicamente en los profesionales de Salud Social Obligatorio (SSO) y e n e l entorno universitario de los estudiantes de último semestre del programa de Medicina, con el objetivo de garantizar que el diagnóstico, tratamiento y seguimiento del Enfermedades cardiovasculares, EPOC y ASMA se realicen conforme a la normatividad y los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS).
7. Promover y realizar seguimiento a las actividades e n los municipios Granada, Vistahermosa, Mesetas, Puerto Concordia, Puerto Lleras, Puerto Rico, El Calvario, El Castillo, Lejanías, El Dorado, Guamal, La Macarena, San Juan de Arama, y San Martin, Fuentedeoro del departamento del Meta para la celebración y/o conmemoración de los días nacionales e internacionales de salud pública, con enfoque en Modos y Estilos de Saludables (MCyEVS) y la prevención de las Enfermedades No Transmisibles (ENT).



DEPARTAMENTO DEL META  
RIT. 892.059.148-8

CERTIFICADO DEL SUPERVISOR  
AUTORIZANDO PAGO

CÓDIGO: F-BS-16

VERSIÓN: 06

8. Realizar visita técnica para el seguimiento, monitoreo y evaluación de la implementación y continuidad de las acciones destinadas a garantizar la atención integral en salud para la prevención y control de las ECV y las Enfermedades respiratorias crónicas (EPOC y ASMA.), así como para promover Medidas Colectivas y Estilos de Vida Saludable (MCyEVS) en las Entidades Administradoras de Planes de Beneficio (EAPBs) FAMISANAR, NUEVA EPS, SALUD TOTAL, SANITAS, CAPITAL SALUD, DIGSA, ECOPETROL en el departamento del Meta

9 . Realizar una mesa técnica trimestral para el seguimiento, monitoreo y evaluación de la implementación y continuidad de las acciones destinadas a garantizar la atención integral en salud para la prevención y control de las ECV y las Enfermedades respiratorias crónicas (EPOC y ASMA.), así como para promover Medidas Colectivas y Estilos de Vida Saludable (MCyEVS) en las Entidades Administradoras de Planes de Beneficio (EAPBs) presentes e n el departamento del Meta.

10. Participar activamente e n las reuniones convocadas p o r la Gerencia de Promoción y Prevención y el Equipo de Gestión de la Secretaría de Salud del Meta, con el fin de realizar el seguimiento a las metas del Pla n de Desarrollo, p r o c e s o s de gestión y necesidades identificadas. Asimismo, elaborar y presentar los informes requeridos por las entidades de control, la Gobernación del Meta, la Gerencia de Promoción y Prevención, y otros según los requerimientos establecidos."

11. Participar en las reuniones mensuales del programa, convocadas por la referente de la Dimensión de Enfermedades N o Transmisibles, con el fin de socializar los hallazgos identificados en las asistencias técnicas realizadas a la red prestadora, IPS y municipios seguimiento acciones y/o compromisos de mejora establecidos

12. Llevar a cabo el seguimiento técnico de concurrencia y la verificación de la ejecución de las actividades colectivas e n e l componente de m o d o s y condiciones y estilos de vida saludables, asegurando el cumplimiento de los lineamientos operativos establecidos en el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) Departamental y de los Municipios asignados

13. Elaborar y presentar un informe final consolidado que detalle el cumplimiento de las actividades programadas, analice los resultados obtenidos y ofrezca sugerencias, recomendaciones y conclusiones en relación con los procedimientos e instrumentos utilizados, con el propósito de promover la mejora continua en los procesos desarrollados.

14. Hacer entrega de los documentos generados a la supervisora del contrato de acuerdo al Procedimiento para la Organización de Archivos (P-RF-13) y aplicación de las Tablas de Retención Documental (TRD) Versión 3. Asistencia a reuniones de capacitación y seguimiento

15. Realizar las demás actividades e informes que l e asigne e l supervisor inmediato relacionadas con la naturaleza del contrato por los entes rectores departamentales y nacionales

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

N/A

<b>Periodo de Pago:</b>	Del	01/11/2025	Al	31/11/2025				
<b>Tipo de Pago:</b>	Anticipo	N/A	Parcial	X	Final	N/A	No. de Pago	3

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



**CERTIFICADO DEL SUPERVISOR  
AUTORIZANDO PAGO**

CÓDIGO: F-BS-16

VERSIÓN: 06

**Valor Total Autorizado a Pagar**

<b>Valor Total Autorizado a Pagar</b> (Letras y números, máximo 2 Decimales)	<b>Cinco millones de pesos (\$5.000.000) mcte.</b>
---	--


No. R.P. A Afectar	Rubro Presupuestal	Clasificador Presupuestal	Valor a Afectar
10365	030302 - 2.3.19.1905.0300.002.2.3.2. 02.02.009-32	91122	\$ 5.000.000
N/A	N/A	N/A	N/A
<b>Valor Total Autorizado a Pagar (números máximo 2 decimales)</b>			<b>\$ 5.000.000</b>

<b>Lugar donde se suministra los bienes o se presta el Servicio: (Según contrato)</b>	
Presencial en los municipios de Granada, Vistahermosa, Mesetas, Puerto Concordia, Puerto Lleras, Puerto Rico y de manera virtual: El Calvario, El Castillo, Lejanías, El Dorado, Guamal, La Macarena, San Juan de Arama, San Martín y Fuentedeoro, Departamento del Meta.	
Municipio (Según Ejecución del Periodo de Pago)	Valor
Villavicencio	\$1.000.000
Granada	\$4.000.000
N/A	N/A
<b>Valor Total Autorizado a Pagar (números máximo 2 decimales)</b>	
<b>\$ 5.000.000</b>	
*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.	

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

<b>Amortización del Anticipo</b>						
Concepto	Valor Facturado	% Contrato Facturado	Saldo Contrato	Amortización Anticipo	% Anticipo o 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
<b>Total</b>	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						

<b>Balance Financiero de Ejecución del Contrato Inicial</b>			
Concepto	Periodo de Pago	Valor	

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

	DD/MM/AAAA		(Números máximo 2 Decimales)	% Ejecución Financiera
	Del	Al		
<b>Primer pago</b>	10/09/2025	30/09/2025	\$3.500.000	21%
<b>Segundo pago</b>	1/10/2025	31/10/2025	\$ 5.000.000	30%
<b>Pago Autorizado en el Presente Informe tercer Pago</b>	01/11/2025	30/11/2025	\$ 5.000.000	30%
Saldo del Contrato Pendiente por Ejecutar	01/12/2025	19/12/2025	\$ 3.166.667	19 %
<b>Valor Total del Contrato Inicial</b>	<b>10/09/2025</b>	<b>19/12/2025</b>	<b>\$16.666.667</b>	<b>100%</b>

\*Inserte o Elimine filas si requiere.

\*\*Diligenciar en orden cronológico

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

\*Inserte o Elimine filas si requiere.


\*\*Si no existe Adición diligencie casillas con N/A

\*\*\*Diligenciar en orden cronológico.

\*\*\*\*El número de pagos debe ser consecutivo, comienza en el balance financiero del contrato inicial y continúa en el balance financiero de la adición.

<b>Valor Total del Contrato Inicial más la Adición</b>	<b>\$16.666.667</b>
--	---------------------

<b>Pago de Seguridad Social (Persona Natural)</b>	<b>Datos</b>
Periodo Cotizado	<b>NOVIEMBRE 2025</b>
Número de Planilla	1077341173
IBC (Ingreso Base de Cotización)	\$ 2.000.000
Valor pagado a SALUD	\$ 251.300
Valor pagado a PENSIÓN	\$ 321.700
Valor pagado a ARL	\$ 21.100
Valor pagado a FSP	

 DEPARTAMENTO DEL META NIT. 802.000.148-8	<b>CERTIFICADO DEL SUPERVISOR  AUTORIZANDO PAGO</b>	CÓDIGO:	F-BS-16
		VERSIÓN:	06

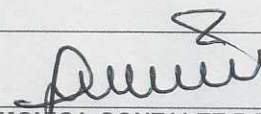
\*Inserte COLUMNA por cada planilla de pago  
\*\*Si es persona JURÍDICA se diligencia con N/A

<b>Pago de Seguridad Social: (Persona Jurídica)</b>	<b>Si N/A</b>
Certificado expedido por el Representante Legal o Revisor Fiscal	N/A
Si es Persona NATURAL se diligencia N/A	

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

Dado en Villavicencio, al 15 diciembre de 2025

Cordialmente,

<b>Firma:</b>	
<b>Nombre:</b>	ALIX MONICA GONZALEZ RODRIGUEZ
<b>Cargo:</b>	Gerente de Promoción y Prevención
	<b>Supervisor</b>

Villavicencio, 15 de diciembre de 2025

**CUENTA DE COBRO No 03**

**EL DEPARTAMENTO DEL META**  
**NIT: 892.000.148-8**

**DEBE A:**

**DALMIRO HUMBERTO GARCIA CARAVALI**, identificado con la cédula de ciudadanía No. 86.079.820 de Villavicencio. **POR CONCEPTO DE: "CONTRIBUIR AL FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES TÉCNICAS EN PREVENCIÓN Y DETECCIÓN TEMPRANA Y ABORDAJE DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES Y DE ALTERACIONES EN SALUD BUCAL VISUAL Y AUDITIVA EN EL DEPARTAMENTO DEL META"**. Según Contrato de Prestación de Servicios No 1944 del 10 de septiembre de 2025. registro presupuestal No 10365 de 10 de septiembre de 2025. En el periodo comprendido del 1 de noviembre al 30 de noviembre de 2025. Por servicios prestados en:

MUNICIPIO	NUMERO DE DIAS	VALOR DIA CONTRATO	TOTAL
GRANADA	24	\$166.666.66	\$4.000.000
VILLAVICENCIO	6	\$166.666.66	\$1.000.000
TOTAL			\$5.000.000

**VALOR A PAGAR: CINCO MILLONES DE PESOS (\$5.000.000) M/CTE**

Manifiesto bajo gravedad de juramento, que los aportes efectuados al sistema de Seguridad Social correspondiente al mes de **planilla correspondiente al mes de noviembre No 1077341173** por un valor de **\$ 594.100** que fue pagadas sobre el IBC ordenado por la Ley, y que pueden ser tomados para disminuir la base de retención en la fuente ya que no ha sido tenidos en cuenta para disminución de este impuesto en ningún otro pago, lo anterior de conformidad al Decreto 12/2010 emitido por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

Cordialmente,



**DALMIRO HUMBERTO GARCIA CARAVALI**

CC: 86.079.820 de Villavicencio

Celular: 3232217207

Correo electrónico: garciadalmiro@gmail.com

# Simple.

## Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900097333-9
Razón Social del Operador de Información	SIMPLE S.A.
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2025-12-12, 08:53:49 AM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	noviembre de 2025
Periodo de Cotización Para Salud	noviembre de 2025
Empresa	DALMIRO GARCIA
CEDULA CIUDADANIA	CC 86079820
Código Sucursal (Nombre)	( )
Referencia de Pago/ Número Planilla	1077341173
Tipo de Planilla	1
Número Transacción Bancaria/ CUS	2001753684
Banco	(1007) - BANCOLOMBIA
Valor	\$ 594.100
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	172.29.10.57

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intereses Mora
N800229739	230201	PROTECCION	1	\$ 320.000	\$ 1.700
N800130907	EPS002	SALUD TOTAL EPS	1	\$ 250.000	\$ 1.300
N860011153	14-23	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	1	\$ 20.900	\$ 200
<b>SubTotales:</b>				\$ 590.900	\$ 3.200
<b>Total a Pagar:</b>					\$ 594.100

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 608 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

SIMPLE S.A. no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.

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

El Poder  
de lo SIMPLE!

# Simple

## AGOSIMPLE I REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2025-12-12, 09:00:51 AM Tipo Planilla I Número Planilla 1077341173  
 Período Cotización 202511 Período Servicio 202511  
 Cliente:

### PAGADA 2025-12-12

#### I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	DALMIRO GARCIA	Dirección	CR 37 #11 B - 35 SEPTIMA LA ESPERANZA
Documento	CC 86079820	Teléfono	3232217207
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Forma Presentación	ÚNICO
Tipo Persona	NATURAL	Departamento	META
Ciudad	VILLAVICENCIO	Identificación	
Representante Legal		Total Afiliados	1

#### II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 86079820	Residente	Exonerado	N	Apellidos y Nombres	Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
Tipo Cotizante	59 00				GARCIA CARAVALI DALMIRO HUMBERTO	50001000 - 50		META

#### III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades	Pensión			Salud				Riesgos				Caja				Parafiscales			
	Código AFP	Tarifa AFP	Total Aporte AFP	Código EPS	Tarifa EPS	Total Aporte EPS	Código ARL	Tarifa ARL	Total Aporte ARL	Código CCF	Tarifa CCF	Total Aporte CCF	Código SENA	Tarifa SENA	Total Aporte SENA	Código ICBF	Tarifa ICBF	Total Aporte ICBF	
0	230201	15 %	\$ 2.000.000	EP5002	12,5 %	\$ 2.000.000	14-23	1,044 %	\$ 2.000.000	NIN-CC	0 %	\$ 0	0 %	\$ 0	0 %	\$ 0	0 %	\$ 0	
			\$ 2.000.000			\$ 2.000.000			\$ 2.000.000			\$ 0			\$ 0			\$ 0	

#### IV. TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
\$ 320.000	\$ 0	\$ 0	\$ 250.000	\$ 20.900	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 590.900

