



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

CÓDIGO: F-BS-15
VERSIÓN: 6

Fecha de Elaboración del Reconocimiento:	19/12/2025	Período de Pago:	Del 4/12/2025	Al 18/12/2025
Contrato No. y Fecha:	1578 del 1/08/2025		c.c. o Nit. No.	1.053.825.393
Contratista:	JULIANA CIFUENTES PALACIO		c.c. No.	N/A
Representante Legal:	N/A		Número de Pago:	5
Tipo de Pago:	Parcial	Final	X	

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

N.	Documento (Marcar con X los documentos que aplican al pago, los que no con N/A)	Hacienda	Jurídica	Secop	Sia Observa
1	COPIA REGISTRO PRESUPUESTAL (Primer pago del contrato inicial o de la adición o cesión del contrato)	N/A	N/A	N/A	N/A
2	COPIA DEL CERTIFICADO DE BANCO DE PROGRAMAS Y PROYECTOS (Todos los pagos con proyectos de inversión y en la adición)	X	N/A	X	N/A
3	ORIGINAL CERTIFICADO SUPERVISOR AUTORIZANDO EL PAGO (F-BS-16)	X	X	X	X
4	COMPROBANTE DE ENTRADA A ALMACÉN (Para Contratos de suministro) (Copia Hacienda – Original Jurídica)	N/A	N/A	N/A	N/A
5	FACTURA DE VENTA O CUENTA DE COBRO DE BIENES O SERVICIOS (Original Hacienda – Copia Jurídica)	X	X	X	X
6	COPIA ACTA DE INICIO (F-BS-12) (Primer Pago)	N/A	N/A	N/A	N/A
7	COPIA CONTRATO O EL DOCUMENTO QUE HAGA SUS VECES (Primer pago o cesión del contrato)	N/A	N/A	N/A	N/A
8	COPIA MODIFICACIONES DEL CONTRATO (Pago posterior a la modificación) (Para Adición último pago del contrato inicial y primer pago de la adición)	N/A	N/A	N/A	N/A
9	COPIA RUT. o NIT. COMPLETO (Primer pago o Cesión del contrato) En Uniones Temporales o Consorcio presentar RUT completo de los participantes	N/A	N/A	N/A	N/A
10	COPIA ACTO ADMINISTRATIVO DE DESIGNACIÓN DEL SUPERVISOR (Primer pago o si hay cambio de supervisor) (Nota 23)	N/A	N/A	N/A	N/A
11	CERTIFICACIÓN BANCARIA (Primer pago o si realiza cambio de cuenta)	N/A	N/A	N/A	N/A
12	PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL <ul style="list-style-type: none"> • Planilla integrada en la que conste el pago de aporte y el IBC. (Persona Natural). • Esquema de presunción de costos, de acuerdo a lo establecido por el Ministerio de Salud y Protección Social y la UGPP. (Trabajadores independientes por cuenta propia o con contrato diferente a prestación de servicios) • Certificado expedido por el representante legal o revisor fiscal (Si está obligado a tenerlo), donde acredite que se encuentra a paz y salvo con aportes a seguridad social y parafiscales durante los últimos 6 meses, anexando tarjeta profesional, c.c. y antecedentes de la profesión vigentes del revisor fiscal (Persona Jurídica) 	X	X	X	X
13	COPIA CERTIFICADO DE AFILIACIÓN ARL (Primer pago del contrato inicial, cesión, o prórroga) (Persona Natural)	N/A	N/A	N/A	N/A
14	INFORME DEL CONTRATISTA	N/A	X	X	X
15	INFORME DEL SUPERVISOR (F-BS-23)	N/A	X	X	X
16	ACTA DE FINALIZACIÓN (F-BS-17)	X	X	X	X
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): Dos millones quinientos mil pesos (\$2.500.000) M/cte.


Cordialmente,

Firma:		Firma:	
Nombre:	ANA ZENIT ARGOTE PEREZ	Nombre:	NANCY JULIANA ORTIZ ROMERO
Cargo:	Secretaria de Salud del Meta Ordenadora del Gasto	Cargo:	Profesional Universitario Supervisora

Firma:			Revisión:	
Nombre:	ALIX MÓNICA GONZÁLEZ RODRÍGUEZ	Revisión:	Revisión Jurídica	CRISTIAN CAMILO CÉSPEDES RAMOS
Cargo:	Gerente de Promoción y Prevención	Revisión:	Revisión Financiera	Gerente Administrativo de Salud
Acción:	Revisión del Directivo	Revisión:	Revisión Financiera	Revisión Financiera

Secop. 11908-23-12-25



	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 16 de julio 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..	4.1.7.2.8 Subprograma Enfermedades transmisibles.	Sector 19 - Salud y protección social.	Meta 41072081901. Implementar en los 29 municipios procesos de asistencia técnica en el marco de los lineamientos del programa ampliado de inmunización (PAI)..
--	---	---	--	---

1. Actividad o componente a ejecutar: Realizar acompañamiento técnico, seguimiento y evaluación a los entes municipales, IPS, EAPB en las políticas, programas y lineamientos del programa PAI en los 29 Municipios del Departamento.

Objeto del gasto: Ejecutar acciones de asesoramiento, acompañamiento, seguimiento y evaluación en concordancia con los lineamientos y la normatividad vigente del programa ampliado de inmunizaciones a través de la asistencia técnica dirigida a municipios, IPS y EAPB del Departamento del Meta.

Valor: \$35,000,000.00 **Fuente de Financiación:** 32 RB SGP - Salud Publica

Valor: \$10,000,000.00 **Fuente de Financiación:** 32 SGP - Salud Publica

Total \$ 45.000.000.00

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

Obras o actividades adicionales: NO

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

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


Elaboro: CLARA POVEDA ROA -40



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

Yency Guayan

BANCO DE PROGRAMAS Y PROYECTOS DE INVERSIÓN DEPARTAMENTAL

 <small>DEPARTAMENTO DEL META NIT. 922 000 148 8</small>	CERTIFICADO DEL SUPERVISOR AUTORIZANDO PAGO	CÓDIGO:	F-BS-16
		VERSIÓN:	06


Contrato No. y Fecha:	1578 del 1/08/2025		
Contratista: (Persona natural o jurídica que figura en el contrato.)	Juliana Cifuentes Palacio	Nít. /c.c.	1.053.825.393
Representante Legal: (Soló para persona jurídica)	N/A	c.c.	N/A
Supervisor:	Nancy Juliana Ortiz Romero	c.c.	1.136.879.006
Objeto: (Transcribir del contrato)			
"EJECUTAR ACCIONES DE ASESORAMIENTO ACOMPAÑAMIENTO SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN EN CONCORDANCIA CON LOS LINEAMIENTOS Y LA NORMATIVA VIGENTE DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES A TRAVÉS DE ASISTENCIA TÉCNICA DIRIGIDA A MUNICIPIOS IPS Y EAPB DEL DEPARTAMENTO DEL META."			
Valor inicial del contrato: (Según Minuta) (Letras y Números)	Veintidós millones quinientos mil pesos MCTE (\$22.500.000)		
Término Inicial de Ejecución:	Cuatro (4) meses y quince (15) días		

Fecha de Inicio según Acta de Inicio:	4/08/2025	Fecha Finalización según Acta de Inicio:	18/12/2025
--	-----------	---	------------

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

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

Forma de Pago: (Transcribir del contrato o del documento que haga sus veces)
EL DEPARTAMENTO pagará al contratista el valor de ejecución del contrato así: CUATRO (4) mensualidades vencidas, cada una por valor de CINCO MILLONES DE PESOS (\$5.000.000) M/CTE. y un pago final por valor de DOS MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS (\$2.500.000) M/CTE. , correspondiente a la fracción de los últimos quince (15) días de ejecución, previa

 DEPARTAMENTO DEL META NIT. 892.000.145-8	CERTIFICADO DEL SUPERVISOR AUTORIZANDO PAGO	CÓDIGO:	F-BS-16
		VERSIÓN:	06

certificación de cumplimiento expedido por el supervisor y acreditación de que se encuentra a paz y salvo el contratista 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:	8716 del 4/08/2025	Inversión	X	Funcionamiento
Rubro presupuestal:	030302-2.3.19.1905.0300.002.2.3.2.02.02.009-32RB			
Valor: (Letras y Números)	Doce millones quinientos mil pesos (\$12.500.000) M/cte.			
*Realice copia de la tabla si tiene más de un Registro Presupuestal				

Registro Presupuestal (Contrato Inicial):				
Número y Fecha:	8717 del 4/08/2025	Inversión	X	Funcionamiento
Rubro presupuestal:	030302-2.3.19.1905.0300.002.2.3.2.02.02.009-32			
Valor: (Letras y Números)	Diez millones de pesos (\$10.000.000) M/cte.			
*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.

 DEPARTAMENTO DEL META NT 892 000 148 8	CERTIFICADO DEL SUPERVISOR AUTORIZANDO PAGO	CÓDIGO:	F-BS-16
		VERSIÓN:	06

9. Entregar el informe de actividades al supervisor, dentro de los cinco (5) días siguientes, cumplido el periodo mensual de ejecución del contrato.
10. Suscribir Actas de Inicio, Finalización y/o Liquidación del contrato.
11. Cobrar los bienes y/o servicios suministrados y certificados por el Supervisor, con cargo al contrato de acuerdo con el acápite FORMA DE PAGO, para lo cual deberá radicar cuenta, con todos los soportes documentales requeridos en los formatos del Sistema Integrado de Gestión de la Gobernación del Meta, publicados en la página web de la entidad.
12. Guardar la debida reserva y confidencialidad sobre los documentos que le sean entregados o tenga conocimiento con ocasión de la ejecución del contrato; así mismo abstenerse de hacer uso de la información de la población objeto, obtenida con ocasión o como consecuencia directa de la ejecución del contrato.
13. Pagar y asumir los impuestos a que haya lugar, así como las demás obligaciones legales y tributarias que le competan de acuerdo con el marco normativo.
14. Cumplir las disposiciones y lineamientos dados en favor de la prevención, eliminación de lesiones, enfermedades y víctima mortal por ocasión del trabajo en el marco legal aplicable a los trabajadores en términos de seguridad y salud en el trabajo.
15. Cumplir las disposiciones y directrices en favor de la prevención de la contaminación y la protección del medio ambiente a través del control adecuado de residuos y consumo responsable de recursos.
16. Conocer y dar cumplimiento a las políticas y procedimientos de seguridad de la información establecida por la organización, pertinente al desarrollo del objeto contractual, de conformidad con lo estipulado en el Sistema Integrado de Gestión.
17. Cargar en la plataforma del SECOP los documentos soporte de la cuenta de cobro junto con los informes de ejecución a más tardar dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la fecha de elaboración de 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. Realizar plan de trabajo mensual de las actividades de gestión requeridas por el Programa Ampliado de Inmunizaciones de acuerdo con el formato establecido por Secretaria de Salud Departamental.
2. Gestionar y participar en los espacios de articulación intersectorial tales como sectores productivos, turismo, educación, Fuerzas Militares FFMM, Policía Nacional otros para el fortalecimiento de las acciones en el cumplimiento de la normatividad vigente del Programa Ampliado de Inmunizaciones PAI.
3. Desarrollar capacidades técnicas mediante seguimiento al cumplimiento de los lineamientos del programa del Programa Ampliado de Inmunizaciones en los Municipios asignados priorizados (ET -IPS).
4. Realizar revisión, seguimiento y evaluación de las acciones, definidas en el plan de acción específico y territorializado departamental de acuerdo con normatividad vigente y en los municipios asignados priorizados.
5. Realizar seguimiento al cumplimiento del registro oportuno de las dosis aplicadas en sistema nominal PAIWEB, validando la calidad y coherencia y pertinencia de la vacunación en los Municipios asignados.
6. Realizar revisión, seguimiento y evaluación de las estrategias y tácticas de vacunación, establecidas en la microplanificación en los municipios asignados priorizados.
7. Realizar elaboración de planes, circulares, oficios entre otras según normatividad vigente y proporcionar soporte técnico en la atención y respuesta a requerimientos de entidades de control.

 DEPARTAMENTO DEL META NIT 892 000 143 8	CERTIFICADO DEL SUPERVISOR AUTORIZANDO PAGO	CÓDIGO:	F-BS-16
		VERSIÓN:	06

8. Realizar verificación y hacer seguimiento a las EAPB para que garanticen las acciones dentro de sus competencias en el marco de la emergencia sanitaria de su población afiliada, en relación al cumplimiento de las tácticas y estrategias, disponibilidad del talento humano, planes de acción y demás de acuerdo a la normatividad vigente.
 9. Participar activamente en equipos funcionales de FA PMU, reuniones del programa, convocados por la coordinación PAI del departamento del Meta y la Gerencia de Promoción y Prevención.
 10. Hacer entrega de los documentos generados a la supervisora del contrato de acuerdo con el Procedimiento para la Organización de Archivos (P-RF-13) y aplicación de las Tablas de Retención Documental (TRD) Versión 3.
 11. Realizar las demás actividades e informes que le asigne el supervisor inmediato relacionadas con la naturaleza del contrato y las requeridas por el Ministerio de Salud y Protección Social y la Secretaría de Salud del Meta.
- Modificaciones:** (Transcribir las cláusulas modificadas) (Si no existen modificaciones diligencie N/A)
- N/A

Periodo de Pago:	Del	4/12/2025	Al	18/12/2025
Tipo de Pago:	Anticip o	N/A	Parcial	N/A
			Final	X
				No. de Pago
				5

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

Valor Total Autorizado a Pagar	
Valor Total Autorizado a Pagar (Letras y números, máximo 2 Decimales)	Cinco millones de pesos (\$5.000.000) M/Cte

No. R.P. A Afectar	Rubro Presupuestal	Clasificador Presupuestal	Valor a Afectar
8716	030302-2.3.19.1905.0300.002.2.3.2.02.02.009-32RB	91122	\$0
8717	030302-2.3.19.1905.0300.002.2.3.2.02.02.009-32	91122	\$2.500.000
Valor Total Autorizado a Pagar (números máximo 2 decimales)			\$2.500.000

Lugar donde se suministra los bienes o se presta el Servicio: (Según contrato)	
El lugar de ejecución del presente contrato es en el municipio de Acacías, Cabuyaro, Castilla la Nueva, El Calvario, El Dorado, Fuente de Oro, Mapiripán, Puerto Concordia, Puerto Gaitán, Puerto López, Puerto Rico, San Juan de Arama, Villavicencio, Vistahermosa, Departamento del Meta.	
Municipio (Según Ejecución del Periodo de Pago)	
Villavicencio	Valor
Valor Total Autorizado a Pagar (números máximo 2 decimales)	\$2.500.000
*Incluir filas adicionales si se requiere.	\$2.500.000



**CERTIFICADO DEL SUPERVISOR
AUTORIZANDO PAGO**

CÓDIGO:	F-BS-16
VERSIÓN:	06

**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	Período de Pago		Valor (Números máximo 2 Decimales)	% Ejecución Financiera
	DD/MM/AAAA			
	Del	Al		
Primer Pago	4/08/2025	3/09/2025	\$5.000.000	22,22%
Segundo Pago	4/09/2025	3/10/2025	\$5.000.000	22,22%
Tercer Pago	4/10/2025	3/11/2025	\$5.000.000	22,22%
Cuarto Pago	4/11/2025	3/12/2025	\$5.000.000	22,22%
Quinto Pago – autorizado en la presente	4/12/2025	18/12/2025	\$2.500.000	11,12 %
Saldo del Contrato Pendiente por Ejecutar	N/A	N/A	\$ 0	0%
Valor Total del Contrato Inicial	4/08/2025	18/12/2025	\$22.500.000	100%

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

Balance Financiero de Ejecución de la Adición

Concepto	Período de Pago		Valor (Números máximo 2 Decimales)	% Ejecución Financiera
	DD/MM/AAAA			
	Del	Al		

 DEPARTAMENTO DEL META NIT. 892.000.148-9	CERTIFICADO DEL SUPERVISOR AUTORIZANDO PAGO	CÓDIGO:	F-BS-16
		VERSIÓN:	06

*Cuarto pago	N/A	N/A	N/A	N/A
*Quinto pago	N/A	N/A	N/A	N/A
Pago autorizado en el presente informe	N/A	N/A	N/A	N/A
Saldo del contrato pendiente por ejecutar	N/A	N/A	N/A	N/A
Valor Total de la Adición	N/A	N/A	N/A	N/A

*Inserte o Elimine filas si requiere.

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

***Diligenciar en orden cronológico.

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

Valor Total del Contrato Inicial más la Adición	\$22.600.000
--	---------------------

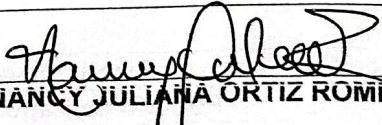
Pago de Seguridad Social (Persona Natural)	Datos
Periodo Cotizado	Diciembre 2025
Número de Planilla	9496496561
IBC (Ingreso Base de Cotización)	\$1.884.700
Valor pagado a SALUD	\$25.000
Valor pagado a PENSIÓN	\$301.600
Valor pagado a ARL	\$19.700
Valor pagado a FSP	\$0
*Inserte COLUMNA por cada planilla de pago	
**Si es persona JURÍDICA se diligencia con N/A	

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

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

Dado en Villavicencio, a los diecinueve (19) días del mes de diciembre del 2025

Cordialmente,

Firma:	
Nombre	NANCY JULIANA ORTIZ ROMERO
Cargo:	Profesional Universitario Supervisor

Villavicencio, 19 de diciembre de 2025

CUENTA DE COBRO N°5
EL DEPARTAMENTO DEL META
NIT 892.000.148-8

DEBE A:

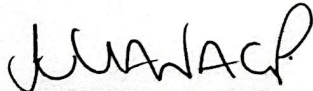
JULIANA CIFUENTES PALACIO, identificada con cedula de ciudadanía N° 1.053.825.393 de Manizales.

POR CONCEPTO DE: EJECUTAR ACCIONES DE ASESORAMIENTO ACOMPAÑAMIENTO SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN EN CONCORDANCIA CON LOS LINEAMIENTOS Y LA NORMATIVIDAD VIGENTE DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES A TRAVÉS DE LA ASISTENCIA TÉCNICA DIRIGIDA A MUNICIPIOS IPS Y EAPB DEL DEPARTAMENTO DEL META. Según contrato de prestación de servicios N° 1578 del 1 de Agosto del 2025, registro presupuestal 8716 y 8717 del 4 de Agosto de 2025, en el periodo comprendido entre el 4 de diciembre al 18 de diciembre de 2025. Servicios prestados en:

MUNICIPIO	N° DE DIAS	VALOR DIA CONTRATO	Valor
Villavicencio	15	\$166.666	\$ 2.500.000
TOTAL			\$ 2.500.000

VALOR POR PAGAR: DOS MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS MCTE (\$2.500.000)

Cordialmente;




JULIANA CIFUENTES PALACIO
C.C. 1.053.825.393 de Manizales
Celular: 3225121812
Correo electrónico: july01214@gmail.com
Contratista

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		Razon Social		Clase Aportante		Sucursal Principal		Direccion		Ciudad-Departamento		Teléfono		Exonerado SEMA e ICBF	
Identificación	dy	CERFANTES PALACIO JULIANA		INDEPENDIENTE		PRINCIPAL		CALLE 11C NO 71C30		BOGOTÁ-BOGOTÁ D.E.		3825121812		No	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION															
Periodo		Clave		Tipo		Fecha		Pago		Banco		Dias Mora		Valor	
Pension	Salud	2025-12	2017-01-23	Plenitud	1	2026-01-23	2025-12-16	NEQUI	0	0	0	0	0	0	\$94.600

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	PENSION			SALUD			CCF			RIESGOS			PARAFISCALES													
					IBC	Aporte	Limite	IBC	Aporte	Dias	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Dias							
Empleado																														
1	103823393	CERFANTES PALACIO JULIANA	20201	30	\$1.884.700	\$301.600	EP5002	30	\$1.884.700	\$235.600	CEP24	30	\$1.884.700	\$37.700	14-23	30	\$1.884.700	\$19.700	30	\$0	\$0	30	\$0	\$0	30	\$0	\$0	30	\$0	\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (3 Afiliados)																														
1	103823393	CERFANTES PALACIO JULIANA	20201	30	\$1.884.700	\$301.600	EP5002	30	\$1.884.700	\$235.600	CEP24	30	\$1.884.700	\$37.700	14-23	30	\$1.884.700	\$19.700	30	\$0	\$0	30	\$0	\$0	30	\$0	\$0	30	\$0	\$0
Total Afiliados(1)																														
					\$1.884.700	\$301.600		\$1.884.700	\$235.600		\$1.884.700	\$37.700		\$1.884.700	\$19.700		\$1.884.700	\$19.700		\$0	\$0		\$0	\$0		\$0	\$0		\$0	\$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	Clave	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SEMA e ICBF	No
CC 163823393		FUENTES PALACIO JULIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 17C NO 71C10	BOGOTA-BOGOTA D. E.	323131812		No
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo	Clave	Tipo	Planilla	Fecha	Pago	Dias Mora	Valor		
2025-12	2017-01-28	1	9194-096561	2024/01/23	2025/12/16	0	\$994,600		
RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$301,600	\$0	\$0	\$301,600	
FORVENER	230301	800,224,808	8	1	\$301,600	\$0	\$0	\$301,600	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$19,700	\$0	\$0	\$19,700	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$19,700	\$0	\$0	\$19,700	
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$37,700	\$0	\$0	\$37,700	
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	\$37,700	\$0	\$0	\$37,700	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$235,600	\$0	\$0	\$235,600	
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	\$235,600	\$0	\$0	\$235,600	
TOTAL				1	\$594,600	\$0	\$0	\$594,600	

 DEPARTAMENTO DEL META NOT. REG. 010 148 B	ACTA DE FINALIZACIÓN DE CONTRATO O CONVENIO	CÓDIGO:	F-BS-17
		VERSIÓN:	5

ACTA DE FINALIZACIÓN DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No. 1578 DEL AÑO 2025 CELEBRADO ENTRE EL DEPARTAMENTO DEL META Y JULIANA CIFUENTES PALACIO

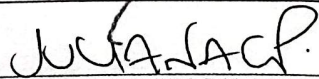
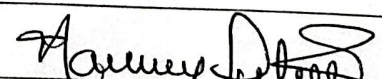
Contrato No. y Fecha:	1578 del 1/08/2025		
Registro Presupuestal No. y Fecha: (Relacione todos los Registros Presupuestales)	8716 del 4/08/2025 8717 del 4/08/2025		
Contratista:	Juliana Cifuentes Palacio	c.c. o Nit. No.	1.053.825.393
Representante Legal:	N/A	c.c. No.	N/A
Supervisor:	Nancy Juliana Ortiz Romero	c.c. No.	1.136.879.006
Objeto: (Transcribir del contrato o del documento que haga sus veces) "EJECUTAR ACCIONES DE ASESORAMIENTO ACOMPAÑAMIENTO SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN EN CONCORDANCIA CON LOS LINEAMIENTOS Y LA NORMATIVA VIGENTE DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES A TRAVÉS DE ASISTENCIA TÉCNICA DIRIGIDA A MUNICIPIOS IPS Y EAPB DEL DEPARTAMENTO DEL META."			
Valor Inicial del Contrato: (Letras y Números)	Veintidós millones quinientos mil pesos MCTE (\$22.500.000) m/cte.		
Término Inicial de Ejecución:	Cuatro (4) meses y quince (15) días		
Fecha de Inicio: Según Acta de Inicio	4/08/2025	Fecha Finalización: Según Acta de Inicio	18/12/2025

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

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

En la ciudad de Villavicencio, la señora **NANCY JULIANA ORTIZ ROMERO**, Supervisora delegada identificada con cédula de ciudadanía número 1.136.879.006, y **JULIANA CIFUENTES PALACIO** identificada con cédula de ciudadanía número 1.053.825.393, suscriben la presente Acta de Finalización, previa verificación de todos los documentos y requisitos legales.

En constancia se firma, el 19 de diciembre de 2025

Firma:		
Nombre:	JULIANA CIFUENTES PALACIO	NANCY JULIANA ORTIZ ROMERO
	Contratista	Supervisor