	RECONOCIMIENTO Y PAGO PARA CONTRATOS O CONVENIOS (PAGO PARCIAL O FINAL)	CÓDIGO:	F-BS-15
		VERSIÓN:	6

Fecha de Elaboración del Reconocimiento:	24/12/2025	**Periodo de Pago:**	**Del**	22/11/2025	**Al**	21/12/2025	
Contrato No. y Fecha:	1175 de 21/05/2025						
Contratista:	NELSY BERNAL DUARTE				**c.c. o Nit. No.**	31.036.935	
Representante Legal:	N/A				**c.c. No.**	N/A	
Tipo de Pago:	**Parcial**		**Final**	x	**Número de Pago:**	7	

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	N/A
2	COPIA DEL CERTIFICADO DE BANCO DE PROGRAMAS Y PROYECTOS (Todos los pagos con proyectos de inversión y en la adición)	N/A	N/A	N/A	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 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)	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):	**tres millones cuatrocientos treinta y nueve mil novecientos ochenta pesos ($3.439.980.oo) M/CTE**

Cordialmente,

Firma:		**Firma**	
Nombre:	**ANA MONICA GONZALEZ RODRIGUEZ**	**Nombre:**	**CRISTIAN CAMILO CESPEDES RAMOS**
Cargo:	Secretaria De Salud Del Meta (e)	**Cargo:**	Gerente Administrativo de Salud
	Ordenador del Gasto		**Supervisor**

Firma:		Secretaría de Salud del Meta Oficina de Contratación Revisó:	
Nombre:	CRISTIAN CAMILO CESPEDES RAMOS		CRISTIAN CAMILO CESPEDES RAMOS
Cargo:	Gerente Administrativo de Salud	Fecha: 26/12/25 Hora: 10:00	Gerente Administrativo de Salud
Acción:	Revisión del Directivo	Revisión Jurídica	Revisión Financiera
	Área Ordenadora del Gasto		

SECOP 15907 26 DIC 25

Scanned with CamScanner

GOBERNACION DEL META

NIT. 892000148-8

REGISTRO PRESUPUESTAL DE COMPROMISOS

Registro No. 12828

Vigencia: 2.025

Fecha de Compromiso: 21 de noviembre de 2025

Beneficiario BERNAL DUARTE NELSY **Nit:** 31036935 - 1

No. C.D.P. : 5253 **Fecha de Expedición del C.D.P.:** 21 de noviembre de 2025 **Con Formalidades Plenas**

Tipo de Compromiso Servicio

Contr. Adic.: 1175 **Fecha:**21/11/2025 **Vence:** 31/12/2025

Objeto: ADICION No 1 Y PRORROGA No 1 AL CONTRATO No 1175 DE 2025 CUYO OBJETO ES SERVICIO DE FOTOCOPIADO ANILLADO Y EMPASTADO DE LA SECRETARIA DE SALUD DEL META

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

Identificación Presupuestal	Concepto	Valor
Gastos-Funcionamiento		
03030101 - 2.1.2.02.02.008 - 89	**Adquisiciones diferentes de activos** Servicios prestados a las empresas y servicios de producción **Recurso de la Nacion-Destinación Específica** ETESA **Clasificadores** --85951 3.500.000,00	3.500.000,00
	Total Compromisos	$3.500.000,00

Programación de Pagos

Mes	Valor
Diciembre	$3.500.000,00
Valor Total Prog.	$3.500.000,00

Gerente de Presupuesto

Elaboró: CARLOSRINCON

GOBERNACION DEL META

NIT. 892000148-8

REGISTRO PRESUPUESTAL DE COMPROMISOS

Registro No. 5521

Vigencia: 2.025 **Fecha de Compromiso:** 22 de mayo de 2025

Beneficiario BERNAL DUARTE NELSY **Nit:** 31036935 - 1

No. C.D.P. : 1877 **Fecha de Expedición del C.D.P.:** 04 de abril de 2025 **Sin Formalidades Plenas**

Tipo de Compromiso Servicio

Contrato: 1175 **Fecha:** 21/05/2025 **Vence:** 31/12/2025

Objeto: SERVICIO DE FOTOCOPIADO ANILLADO Y EMPASTADO DE LA SECRETARIA DE SALUD DEL META

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

Identificación Presupuestal	Concepto	Valor
Gastos-Funcionamiento		
03030101 - 2.1.2.02.02.008 - 20	**Adquisiciones diferentes de activos** Servicios prestados a las empresas y servicios de producción Recurso Propio-Libre Destinación Ingresos Corrientes de libre destinacion **Clasificadores** --85951 21.000.000,00	21.000.000,00
	Total Compromisos	$21.000.000,00

Programación de Pagos

Mes	Valor
Mayo	$3.500.000,00
Junio	3.500.000,00
Julio	3.500.000,00
Agosto	3.500.000,00
Septiembre	3.500.000,00
Octubre	3.500.000,00
Valor Total Prog.	$21.000.000,00

JAIDY ELAIKA NIETO
Gerente de Presupuesto

Lsalvaro JULIAROJAS

Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DEL META NIT. 892.500.148-8	CERTIFICADO DEL SUPERVISOR AUTORIZANDO PAGO	CÓDIGO:	F-BS-16
		VERSIÓN:	06

Contrato No. y Fecha:	1175 del 21 de mayo de 2025		
Contratista: (Persona natural o jurídica que figura en el contrato.)	NELSY BERNAL DUARTE	**Nit./c.c.**	31.036.935
Representante Legal: (Soló para persona jurídica)	N/A	**c.c.**	N/A
Supervisor: (insertar filas cuando en el periodo de pago se presenten varios supervisores)	CRISTIAN CAMILO CESPEDES RAMOS	**c.c.**	1.121.823.987
Objeto: (Transcribir del contrato)			
SERVICIO DE FOTOCOPIADO ANILLADO Y EMPASTADO DE LA SECRETARIA DE SALUD DEL META			
Valor inicial del contrato: (Según Minuta) (Letras y Números)	Veintiún Millones Pesos Mcte ($21.000.000)		
Término Inicial de Ejecución:	seis (6) Meses		

Fecha de Inicio según Acta de Inicio:	22/05/2025	**Fecha Finalización según Acta de Inicio:**	21/11/2025

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)
ADICION Y/O PRORROGA	$3.500.000.00	21/11/2025	UN (1) MES
*Si no existen modificaciones diligencie casillas con N/A **Inserte filas si requiere			

Término Total de Ejecución: (Solo cuando existan modificaciones)	Siete (7) meses	**Fecha Finalización:** (Solo cuando existan modificaciones)	21/12/2025
Valor total del contrato +/- las modificaciones: (Solo cuando existan modificaciones) (Letras y Números)	veinticuatro millones quinientos mil pesos mcte ($24.500.000.00)		
*Si no existen modificaciones diligencie casillas con N/A			

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

El Departamento del Meta desembolsará los dineros presupuestados para la futura contratación de la siguiente manera

PAGOS: El Departamento del Meta desembolsará los dineros presupuestados para la futura contratación de la siguiente manera:
El Departamento del Meta pagará al contratista el valor total del contrato mediante pagos parciales presentados durante el término de ejecución del contrato PARAGRAFO: Para el pago correspondiente el Contratista deberá adjuntar: a) informe debidamente avalado por el supervisor, b) certificación expedida por el Supervisor avalando el cumplimiento del objeto del contrato, c) Factura, d) Pago al Sistema General de Seguridad Social en Salud y Pensión, riesgos profesionales y parafiscales si a ello hubiera lugar; y

los demás requisitos y trámites enunciados en formato de "Reconocimiento y Pago" publicado en la página web de la Gobernación del Meta.

Registro Presupuestal (Contrato Inicial):					
Número y Fecha:	5521 del 22/05/2025	**Inversión**		**Funcionamiento**	X
Rubro presupuestal:	03030101-2.1.2.02.02.008-20				
Valor: (Letras y Números)	Veintiún Millones Pesos Mcte ($21.000.000)				
*Realice copia de la tabla si tiene más de un Registro Presupuestal					

Registro Presupuestal (Adición):					
Número y Fecha:	12828 del 21/11/2025	**Inversión**	N/A	**Funcionamiento**	X
Rubro presupuestal:	03030101-2.1.2.02.02.008-89				
Valor: (Letras y Números)	tres millones quinientos mil pesos mcte ($3.500.000.00)				
*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. 2. Las demás contenidas en la propuesta y que hacen parte integral del presente contrato.
3. 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. +
5. Dar cumplimiento a la Ley 594 del 2000 (Ley General de archivo)
6. 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
7. ofertado
8. 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.
9. 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.
10. 8. Presentar Informe de Ejecución previo a los pagos y demás soporte documental y cada vez que sea requerido por el Supervisor.
11. 9. Suscribir Actas de Inicio, Finalización y Liquidación del contrato
12. 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
13. entidad
14. 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.
15. 12. Las demás que por naturaleza del contrato se requieran en el transcurso de la
16. misma

Obligaciones Específicas del Contratista: (Transcribir del Estudio Previo)

1) Prestar el servicio de fotocopiado, anillado, estampado, de la siguiente manera, conforme a las especificaciones técnicas requeridas por la Secretaria de Salud del Meta, de conformidad con la

propuesta presentada, y en las condiciones de tiempo, modo y lugar, mínimos señalados en los Estudios Previos:

ITEM	SERVICIO	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	UNID MEDIDA	CANT
1	SERVICIO DE FOTOCOPIADO, PREVIA AUTORIZACION DE LA SECRETARIA DE SALUD DEL META	Fotocopias tamaño carta, copia foto estática en negro.	UNID	1
		Fotocopias tamaño oficio, copia foto estática en negro.	UNID	1
		Fotocopias tamaño carta, copia foto estática a color.	UNID	1
		reducción o ampliación al 150%, previa autorización de la secretaria de salud	UNID	1
		Fotocopias tamaño oficio, copia foto estática a color.	UNID	1
2	SERVICIO DE ANILLADO O ARGOLLADO, PREVIA AUTORIZACION DE LA SECRETARIA DE SALUD	Anillado o argollado, en plástico con sistema velobinder con pasta policover de 1 a 100 hojas.	UNID	1
		Anillado o argollado, en plástico con sistema velobinder con pasta policover de 100 a 300 hojas.	UNID	1
3	SERVICIO DE ESTAMPADO, PREVIA AUTORIZACION DE LA SECRETARIA DE SALUD	Estampado de hasta 1 a 100 hojas.	UNID	1
		Estampado de hasta 100 a 300 hojas,	UNID	1

2) El contratista deberá disponer de equipos de fotocopiado a una distancia no mayor a 200 metros lineales de las instalaciones de la Secretaría de Salud del Meta, a fin de atender oportunamente las solicitudes y necesidades de la entidad.
3) Prestar los servicios en su totalidad y con los requerimientos técnicos mínimos exigidos en el pliego de condiciones, con las condiciones de tiempo, modo y lugar precisados en el estudio, en el pliego de condiciones, ofertados en la propuesta y en el contrato.
4) Los servicios deben ser prestados con excelente calidad, y cumplir con las unidades autorizadas.
5) Aceptar los procedimientos administrativos que determine el departamento a través de la Secretaria de salud del Meta para la ejecución del contrato.
6) Informar oportunamente al supervisor del contrato, de cualquier situación que pueda afectar la correcta ejecución del mismo.
7) El contratista deberá tener afiliado a todo el personal que destinara para la ejecución del objeto a contratar, al sistema general de seguridad social integral e igualmente estar al día en el pago de los anteriores aportes y en el pago de sus obligaciones, parafiscales durante la vigencia del contrato de acuerdo a las disposiciones del régimen laboral colombiano, en el artículo 50 de la ley 789 de 2002 y demás normas concordantes.
8) Presentar informe de ejecución mensual, copia del pago legible del comprobante del aporte mensual al sistema de seguridad social (salud, pensión, riesgos profesionales y parafiscales) en los términos establecidos en la ley.

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

ADICION Y/O PRORROGA 1

CLÁUSULA PRIMERA - OBJETO: ADICIÓN N° 1 DEL CONTRATO No. 1175 DE 2025 CUYO OBJETO ES: SERVICIO DE FOTOCOPIADO ANILLADO Y EMPASTADO DE LA SECRETARIA DE SALUD DEL META.

CLÁUSULA SEGUNDA - VALOR DE LA ADICIÓN: El valor de la presente adición de acuerdo presupuesto oficial, será de TRES MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS ($3.500.000) M/CTE.
CLÁUSULA TERCERA - TÉRMINO DE LA PRÓRROGA: El término de la presente prórroga será de UN (1) MES, es decir, hasta el 21 de diciembre de 2025.

CLÁUSULA CUARTA - FORMA DE PAGO DE LA ADICIÓN: EL DEPARTAMENTO pagará al CONTRATISTA, el valor adicionado de conformidad con la forma de pago establecida en el CONTRATO No. 1175 DE 2025

Periodo de Pago:	Del	22/11/2025	Al	21/12/2025			
Tipo de Pago:	Anticipo		Parcial		Final	x	No. de Pago	7

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)	**tres millones cuatrocientos treinta y nueve mil novecientos ochenta pesos ($3.439.980.oo) M/CTE**

No. R.P. A Afectar	**Rubro Presupuestal**	**Clasificador Presupuestal**	**Valor a Afectar**
5521	03030101-2.1.2.02.02.008-20	85951	**$115.310.oo**
12828	03030101-2.1.2.02.02.008-89	85951	**$3.324.670.00**
N/A	N/A	N/A	N/A
Valor Total Autorizado a Pagar (números máximo 2 decimales)			**$3.439.980.oo**

Lugar donde se suministra los bienes o se presta el Servicio: (Según contrato)	
En el municipio de Villavicencio, Departamento del Meta	
Municipio (Según Ejecución del Periodo de Pago)	**Valor**
Villavicencio	**$3.439.980.oo**
Valor Total Autorizado a Pagar (números máximo 2 decimales)	**$3.439.980.oo**

*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

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

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**		
Primer pago	22/05/2025	21/06/2025	$3.499.940.oo	16.67%
Segundo pago	22/06/2025	21/07/2025	$3.499.880.oo	16.67%
Tercer pago	22/07/2025	21/08/2025	$3.435.660.oo	16.36%
Cuarto pago	22/08/2025	21/09/2025	$3.479.960.oo	16.57%
Quinto pago	22/09/2025	21/10/2025	$3.499.340.oo	16.66%
Sexto pago	22/10/2025	21/11/2025	$3.469.910.oo	16.52%
Valor del presente informe	22/11/2025	21/12/2025	$115.310.oo	0.55%
Saldo del contrato por ejecutar	-	-	-	0%
Valor Total del Contrato Inicial	22/05/2025	21/11/2025	**$21.000.000.oo**	**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**		
Valor del presente informe	22/11/2025	21/12/2025	$3.324.670.00	**94.99%**
Saldo a favor del departamento	-	-	$175.330.00	**5.01%**
Valor Total de la Adición	22/11/2025	21/12/2025	$3.500.000.00	**100%**

*Inserte o Elimine filas si requiere.
**Si no existe Adición diligencie casillas con N/A
***Diligenciar en orden cronológico.

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

****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	**$24.500.000.oo**

Pago de Seguridad Social (Persona Natural)	**Datos**
Periodo Cotizado	Diciembre /2025
Número de Planilla	8392343283
IBC (Ingreso Base de Cotización)	$1.800.000
Valor pagado a SALUD	$225.000
Valor pagado a PENSIÓN	$288.000
Valor pagado a ARL	$9.400
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 24/12/2025

Cordialmente,

Firma:	
Nombre:	CRISTIAN CAMILO CESPEDES RAMOS
Cargo:	Gerente Administrativo De Salud
Supervisor	

DIAN

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

DIAN

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :
aa329215541a2a69b90de22ef3ebc09e42c0e7df22a417367675091f5a29fe065306d2ab0c2ef92dc1f048b783b64943

Número de Factura: NB-117
Fecha de Emisión: 22/12/2025
Fecha de Vencimiento: 22/12/2025
Tipo de Operación: 10 - Estándar

Forma de pago: Contado
Medio de Pago: Consiganción bancaria
Orden de pedido:
Fecha de orden de pedido:

Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: BERNAL DUARTE NELSY
Nombre Comercial: BERNAL DUARTE NELSY
Nit del Emisor: 31036935
Tipo de Contribuyente: Persona Natural
Régimen Fiscal: R-99-PN
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica
Actividad Económica: 8219

País: Colombia
Departamento: Meta
Municipio / Ciudad: Villavicencio
Dirección: CL 37 41 89 BRR BARZAL
Teléfono / Móvil: 3105762065
Correo: nelsybernalduarte@hotmail.com

Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: DEPARTAMENTO DEL META
Tipo de Documento: NIT
Número Documento: 892000148
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica
Régimen fiscal: R-99-PN
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica

País: Colombia
Departamento: Meta
Municipio / Ciudad: Villavicencio
Dirección: CR 33 38 45
Teléfono / Móvil: 6086818500
Correo: hacienda@meta.gov.co

Detalles de Productos

Nro.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio unitario	Descuento detalle	Recargo detalle	IMPUESTOS				Precio unitario de venta
								IVA	%	INC	%	
1	006	IMPRESIONES FULL COLOR	NIU	1.180,00	$ 850,00	$ 0,00	$ 0,00					$ 1.003.000,00
2	002	FOTOCOPIAS BLANCO Y NEGRO	94	18.746,00	$ 130,00	$ 0,00	$ 0,00					$ 2.436.980,00

Notas Finales

Linea de negocio:

Datos Totales

Documento generado el:
22/12/2025 12:51:46
Documento validado por la DIAN:
22/12/2025 12:51:47
XML Generado por: Solución Gratuita DIAN
800197268
PDF Generado por: Solución Gratuita DIAN Nit:800197268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	0

Subtotal		3439980
Descuento detalle		0,00
Recargo detalle		0,00
Total Bruto Factura		3439980
IVA		0,00
INC		0,00
Bolsas		0,00
Otros impuestos		0
Total impuesto (=)		0
Total neto factura (=)		3439980
Descuento Global (-)		0,00
Recargo Global (+)		0,00
Total factura (=)	**COP $**	$ 3439980

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0

RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	

Subtotal		3.439.980,00
Descuento detalle		0,00
Recargo detalle		0,00
Total Bruto Factura		3.439.980,00
IVA		0,00
INC		0,00
Bolsas		0,00
Otros impuestos		0,00
Total impuesto (=)		0,00
Total neto factura (=)		3.439.980,00
Descuento Global (-)		0,00
Recargo Global (+)		0,00
Total factura (=)	**COP $**	$ 3.439.980,00

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0,00

RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

Numero de Autorización: 18764100006749 Rango desde: 101 Rango hasta: 500 Vigencia: 2027-10-10

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): NELSY BERNAL DUARTE
No. Identificación: CC31036935
Dirección: CALLE 37 N.41-89
Telefono: 6605150
Correo: NELSYBERNALDUARTE@HOTMAIL.COM
Ciudad: VILLAVICENCIO
Número de Planilla: 8392343283

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	NELSY BERNAL DUARTE
Tipo y número de identificación	CC31036935
Número de planilla	8392343283
Fecha pago	2025-12-15
Número de autorización pago	39401568
Banco	1023

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	diciembre de 2025
Periodo de Cotización Pensión	diciembre de 2025
Número de Administradoras	3
Total Pagado	522400
Total Intereses de Mora	0

PAGADA
8392343283

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	9400	1
231001	Colfondos	288000	1
EPS005	Sanitas EPS	225000	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 31036935
APELLIDOS Y NOMBRES: NELSY BERNAL DUARTE

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS005	231001	1800000	1800000	1800000	0	225000	0	288000	0	9400	0

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

REPORTE DE LA PLANILLA DE AUTOLIQUIDACIÓN DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE					
TIPO	NÚMERO	NOMBRE RAZÓN SOCIAL	DIRECCIÓN	TELÉFONO	FAX
CC	31036935	NELSY BERNAL DUARTE	CALLE 37 N.41-89	6605150	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO
U	I	PRINCIPAL	PPAL	META	VILLAVICENCIO

DATOS DE LA PLANILLA								
PERIODO LIQUIDACIÓN				TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA MES AÑO)	NÚMERO RADICACIÓN	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD	SE ACOGE A LOS BENEFICIOS DE LEY 1429 DE 2010 A CAJAS DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
SALUD		PENSIÓN, RIESGOS LAB, CAJA, SENA, ICBF						
MES	AÑO	MES	AÑO					
12	2025	12	2025	I	15 12 2025	8392343283	No	No

CENTRO DE TRABAJO	Todos	NÚMERO DE EMPLEADOS	1	NIT EMPRESA CONVENIO	Todos

No	DOCUMENTO	APELLIDOS Y NOMBRES	TIPO COT	SUB COT	EXT	COL EXT	Exon	COD MUN	COD DEP	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	EPS	AFP	ARL	CÓDIGO EPS	IBC EPS	TARIFA EPS	APORTE EPS	CÓDIGO AFP	IBC AFP	TARIFA AFP	APORTE AFP	FSP Solidaridad
1	CC 31036935	BERNAL DUARTE NELSY	59	0			No	001	50																30	30	30	EPS005	$1,800,000	12.50%	$225,000	231001	$1,800,000	16.00%	$288,000	$0
																															$225,000				$288,000	$0

PAGADO

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

REPORTE DE LA PLANILLA DE AUTOLIQUIDACIÓN DE APORTES

No	DOCUMENTO	APELLIDOS Y NOMBRES	FSP Subsistencia	CÓDIGO ARL	IBC ARL	TARIFA ARL	CLASE RIE	APORTE ARL
1	CC 31036935	BERNAL DUARTE NELSY	$0	14-23	$1,800,000	0.52%	1	$9,400
			$0					$9,400

PAGADO

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

ACTA DE FINALIZACIÓN DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES No. 1175 DEL AÑO 2025 CELEBRADO ENTRE EL DEPARTAMENTO DEL META Y NELSY BERNAL DUARTE

Contrato No. y Fecha:	1175 del 21 de mayo de 2025		
Registro Presupuestal No. y Fecha: (Relacione todos los Registros Presupuestales)	12828 DE 21 DE NOVIEMBRE DE 2025 5521 DE MAYO DE 2025		
Contratista:	NELSY BERNAL DUARTE	**c.c. o Nit. No.**	31.036.935
Representante Legal:	N/A	**c.c. No.**	N/A
Supervisor:	Cristian Camilo Cespedes Ramos	**c.c. No.**	1.121.823.987
Objeto: (Transcribir del contrato o del documento que haga sus veces)			
SERVICIO DE FOTOCOPIADO ANILLADO Y EMPASTADO DE LA SECRETARIA DE SALUD DEL META			
Valor Inicial del Contrato: (Letras y Números)	Veintiún Millones Pesos Mcte ($21.000.000)		
Término Inicial de Ejecución:	seis (6) Meses		
Fecha de Inicio: Según Acta de Inicio	22/05/2025	**Fecha Finalización:** Según Acta de Inicio	21/11/2025

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)
ADICION Y/O PRORROGA	$3.500.000.00	21/11/2025	UN (1) MES
*Si no existen modificaciones diligencie casillas con N/A **Inserte filas si requiere			

Término Total de Ejecución: (Solo cuando existan modificaciones)	Siete (7) meses	**Fecha Finalización:** (Solo cuando existan modificaciones)	21/12/2025
Valor total del contrato +/- las modificaciones: (Solo cuando existan modificaciones) (Letras y Números)	veinticuatro millones quinientos mil pesos mcte ($24.500.000.00)		
*Si no existen modificaciones diligencie casillas con N/A			

En la ciudad de Villavicencio, el(la) señor(a) **CRISTIAN CAMILO CÉSPEDES RAMOS,** Supervisor(a) delegado(a) identificado(a) con cédula de ciudadanía número 1.121.823.987, y **NELSY BERNAL DUARTE** identificado(a) con cédula de ciudadanía o número 31.036.935, suscriben la presente Acta de Finalización, previa verificación de todos los documentos y requisitos legales.

En constancia se firma, el 24 de diciembre de 2025

Firma:		
Nombre:	**NELSY BERNAL DUARTE** Contratista	**CRISTIAN CAMILO CÉSPEDES RAMOS** Supervisor

ACTA DE LIQUIDACION BILATERAL DEL CONTRATO N1175 DEL 21 DE MAYO DE 2025 CELEBRADO ENTRE EL DEPARTAMENTO DEL META Y NELSY BERNAL DUARTE

CONTRATISTA:		NELSY BERNAL DUARTE		
SUPERVISOR O INTERVENTOR:		Cristian Camilo Cespedes Ramos		
OBJETO DEL CONTRATO:		**SERVICIO DE FOTOCOPIADO ANILLADO Y EMPASTADO DE LA SECRETARIA DE SALUD DEL META**		
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:		Veintiún Millones Pesos Mcte ($21.000.000)		
REGISTRO PRESUPUESTAL:		12828 DE 21 DE NOVIEMBRE DE 2025 5521 DE MAYO DE 2025		
PLAZO DE EJECUCIÓN:		seis (6) Meses		
FECHA DE SUSCRIPCION DEL CONTRATO:		22/05/2025		
FECHA DE INICIO:		22/05/2025		
VALOR ADICIONAL DEL CONTRATO:		$3.500.000.00	**FECHA:**	21/11/2025
VALOR FINAL DEL CONTRATO:		veinticuatro millones quinientos mil pesos mcte ($24.500.000.00)		
PRORROGA	**No.1**	**DESDE: 22/11/2025**	**HASTA:**	**21/12/2025**
SUSPENSION[1]	**No.**	**DESDE:**	**HASTA:**	
FECHA DE TERMINACIÓN:		**21/12/2025**		

Entre los suscritos, **ALIX MONICA GONZALEZ RODRIGUEZ** mayor de edad, con domicilio en la ciudad de Villavicencio, identificada con la cédula de ciudadanía número 52.033.446 de Bogotá D.C, en calidad de Secretaria de Salud del Meta (e), nombrada mediante Decreto 509 del 23/12/2025, facultada para contratar en nombre y representación del Departamento del Meta, mediante quien en adelante se denominará **EL DEPARTAMENTO**, por una parte, por otra parte **CRISTIAN CAMILO CESPEDES RAMOS** mayor de edad, con domicilio en la ciudad de Villavicencio, identificado con la cédula de ciudadanía número 1.121.823.987 de Villavicencio, en calidad de SUPERVISOR, y de otra, **NELSY BERNAL DUARTE** identificada con la cédula de ciudadanía número **31.036.935**, quien para efectos de la presente acta se denominará el **CONTRATISTA**, hemos convenido suscribir la presente acta de liquidación bilateral del contrato No 1175 del 21 de mayo de 2025, previa las consideraciones:

1) Que el día 21 de mayo de 2025 el **DEPARTAMENTO** y NELSY BERNAL DUARTE y su 35.036.935 suscribieron el contrato No. 1175 del 21 de mayo de 2025 cuyo objeto consistió en **SERVICIO DE FOTOCOPIADO ANILLADO Y EMPASTADO DE LA SECRETARIA DE SALUD DEL META** .

[1] En caso que el contrato tenga varias suspensiones relacionar los términos de suspensión de cada una de ellas

ACTA DE LIQUIDACION BILATERAL DEL CONTRATO N1175 DEL 21 DE MAYO DE 2025 CELEBRADO ENTRE EL DEPARTAMENTO DEL META Y NELSY BERNAL DUARTE

2) Que mediante Acto Administrativo-oficio día 21 de mayo de 2025 se designó como supervisor del contrato 1175 de 2025 a CRISTIAN CAMILO CESPEDES RAMOS (Gerente administrativo de salud)

3) Que el día 22 de mayo de 2025 el SUPERVISOR y el CONTRATISTA suscribieron acta de inicio del contrato N°1175 del 21 de mayo de 2025.

4) Que el día 21 de noviembre de 2025 las partes suscribieron acta modificatoria en la ciudad de Villavicencio, con el fin de adicionar y prorrogar por un plazo de (1) mes.

5) Que el día 21 de noviembre de 2025, las partes suscribieron prórroga N 1 al contrato en mención, en el sentido de prorrogar el término de ejecución en 30 días/meses.

7) Que el día 21 de noviembre de 2025, las pastes suscribieron adición N 1 al contrato en mención, cuyo objeto consistió en aumentar el valor del contrato por la suma de $3.500.000.

8) Las actividades del objeto contractual fueron ejecutadas dentro del plazo pactado y recibidas a satisfacción por el Supervisor y/o Interventor, señor CRISTIAN CAMILO CESPEDES RAMOS, como consta en el acta de finalización, del día 24 de diciembre de 2025, quien asume la responsabilidad por la veracidad de la información allí consignada.

9) El Contratista allegó la planilla de pago de aportes al Sistema General de Seguridad Social Integral, cuya revisión fue realizada por el Supervisor y/o Interventor, quien da fe en la presente acta de que los valores cancelados corresponden al porcentaje establecido por el Gobierno Nacional.

10) Que finalizado el tiempo programado para la ejecución del Contrato arriba descrito, suscribieron en la fecha 24 de diciembre de 2025 el Acta de finalización, previa verificación del cumplimiento del objeto y de las obligaciones contractuales, y de esta forma se declaró la terminación de la ejecución del acto contractual.

11) EL DEPARTAMENTO DEL META, la SUPERVISIÓN y el CONTRATISTA, manifiestan que las garantías para la ejecución del contrato objeto de la presente liquidación, se encuentran a la fecha ajustadas a los límites de existencia y de extensión del riesgo amparado y exigido para avalar las obligaciones que se deben cumplir con posterioridad a la extinción del presente contrato, a través de las siguientes pólizas (De acuerdo a las exigencias del contrato):

12) A continuación se registra la trazabilidad de la ejecución financiera del contrato:

TRAZABILIDAD DE LA EJECUCIÓN FINANCIERA

CONCEPTO	No. Comprobante	Valor	Periodo De pago (aplica	Porcentaje de

ACTA DE LIQUIDACION BILATERAL DEL CONTRATO N1175 DEL 21 DE MAYO DE 2025 CELEBRADO ENTRE EL DEPARTAMENTO DEL META Y NELSY BERNAL DUARTE

	de egreso		para mensualidades)	**ejecución**
Anticipo	N/A	N/A	N/A	N/A
Primer pago	13701	**$3.499.940.oo**	22/05/2025-21/06/2025	**16.67%**
Segundo pago	15146	**$3.499.880.oo**	22/06/2025-21/07/2025	**16.67%**
Tercer pago	19730	**$3.435.660.oo**	22/07/2025-21/08/2025	**16.36%**
Cuarto pago	22099	**$3.479.960.oo**	22/08/2025-21/09/2025	**16.57%**
Quinto pago	24656	**$3.499.340.oo**	22/09/2025-21/10/2025	**16.66%**
Sexto pago	29629	**$3.469.910.oo**	22/10/2025-21/11/2025	**16.52%**
séptimo pago autorizado en la presente acta	N/A	**$115.310.oo**	22/11/2025-21/12/2025	0.55%
Adición	N/A	**$3.500.000.00**	22/11/2025-21/12/2025	100%
séptimo pago autorizado en la presente acta	N/A	**$3.324.670.00**	22/11/2025-21/12/2025	94.99%
Valor ejecutado	N/A	**$24.324.670.00**	22/05/2025-21/12/2025	99.28%
Valor no ejecutado	N/A	**$175.330.00**	N/A	0.72%
Sumatoria. Valor ejecutado + valor no ejecutado	N/A	**$24.500.000.00**	22/05/2025-21/12/2025	100%

15) Frente a la ejecución del presente contrato, el supervisor presenta el siguiente balance:

BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO		
CONCEPTO	**DEBE**	**HABER**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO O CONVENIO:	21.000.000.00	
(+) ADICIONES AL CONTRATO	3.500.000.00	
(+) VALOR DE REAJUSTES O ACTUALIZACIONES		
VALOR PAGADO ANTICIPO		
Otros Pagos Parciales Efectuados Al Contratista		
SALDO A FAVOR DEL CONTRATISTA		24.324.670.00
(-) VALOR NO EJECUTADO SALDO A FAVOR DEL DEPARTAMENTO		175.330.00
SUMAS IGUALES	**24.500.000.00**	**24.500.000.00**

ACTA DE LIQUIDACION BILATERAL DEL CONTRATO N1175 DEL 21 DE MAYO DE 2025 CELEBRADO ENTRE EL DEPARTAMENTO DEL META Y NELSY BERNAL DUARTE

TOTAL RECURSOS EJECUTADOS	$
TOTAL RENDIMIENTOS FINANCIEROS	$

El contratista y supervisor, informan que, durante la ejecución, los recursos destinados para el desarrollo del Contrato en mención, no se produjeron rendimientos financieros tal como consta en el certificado de fecha N/A expedido por la entidad bancaria N/A. Copia del certificado bancario está incorporado en el informe final del contratista

En la presente Acta de liquidación se concluye que el contrato obtuvo una ejecución física del 99.28 % y una ejecución financiera por valor de $24.324.670 correspondiente al 99.28%, y se ordena la liquidación de $175.330 del Resgistro presupuestal 12828 saldo a favor del Departamento.

Por lo anteriormente descrito, se conviene en liquidar por mutuo acuerdo el contrato en mención; en consecuencia, las partes se declaran a paz y salvo por todo concepto relacionado con el objeto contratado, por lo cual no se consignan observaciones u objeciones sin perjuicio de los requerimientos que llegaren a presentarse con fundamento en las garantías presentadas.

En constancia se firma la presente acta de liquidación bilateral por los intervinientes en Villavicencio en la fecha 24 de diciembre de 2025

ALIX MONICA GONZALEZ RODRIGUEZ(E) **Cargo Ordenador del Gasto**	**NELSY BERNAL DUARTE** **Contratista**
CRISTIAN CAMILO CESPEDES RAMOS **Supervisor**	**Vo.Bo. Para Publicación SECOP**
V. B. Abogado Secretaria Jurídica	**V. Bo. Financiero Secretaria de Salud**

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

DEPARTAMENTO DEL **META**

NIT. 892.000.148-8

23400– 0362
Villavicencio, 24 de diciembre de 2025

DEPARTAMENTO DEL META
GERENCIA DE PRESUPUESTO
RECIBÍ
FECHA 24 DIC. 2025
HORA 11:00

Doctor
HOLMAN GUTIERREZ HERMOSA
Gerente (E) de Presupuesto
Gobernación del Meta Ciudad

Asunto: Solicitud de liberación de saldos de reservas presupuestales.

Respetada Doctor

De manera atenta solicito a usted la Liberación de los saldos a favor del departamento de las siguientes Registros de reservas Presupuestales que relaciono a continuación:

No.COMP	IDENTIFICACIÓN PRESUPUESTAL	DESCRIPCION	No. CERT	No.DOC	NIT	NOMBRE	OBJETO DEL COMPROMISO	SALDO
12828	03030101 - 2.1.2.02.02.008 - 89	Servicios prestados a las empresas y servicios de producción	5,253	1175	31036935	BERNAL DUARTE NELSY	ADICION No 1 Y PRORROGA No 1 AL CONTRATO No 1175 DE 2025 CUYO OBJETO ES SERVICIO DE FOTOCOPIADO ANILLADO Y EMPASTADO DE LA SECRETARIA DE SALUD DEL META	$ 175,330

Agradezco su atención.

Cordialmente,

ALIX MONICA GONZALEZ RODRIGUEZ
Secretaria (E) de Salud del Meta

Firma		**Firma**	
Nombre	Miguel Angel Pardos Santana	**Nombre**	Cristian Camilo Cespedes Ramos
Cargo y/o CPS	Profesional Especializado	**Cargo y/o CPS**	Gerente Administrativo de Salud

Scanned with CamScanner