DEPARTAMENTO DEL META NIT. 892.000.148-0	RECONOCIMIENTO Y PAGO (PAGO PARCIAL O FINAL)	CODIGO:	F-BS-15
		VERSIÓN:	05

Fecha de elaboración del reconocimiento:	22 de mayo de 2024	Periodo de Pago:	Del	01/04//2024	Al	30/04/2024	
Contrato No. y Fecha:	0976 de 2024						
Contratista:	NELSY BERNAL DUARTE				c.c. o Nit.	31.036.935	
Representante Legal:					c.c.		
Tipo de Pago:	Parcial	X	Final		Número de Pago:	1	

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)	X	N/A	X	N/A
7	COPIA CONTRATO O EL DOCUMENTO QUE HAGA SUS VECES (Primer Pago o cesión del contrato)	X	N/A	X	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	X	N/A	X	N/A
10	COPIA ACTO ADMINISTRATIVO DE DESIGNACIÓN DEL SUPERVISOR (Primer Pago o si hay cambio de supervisor) (Nota 11)	X	N/A	X	X
11	CERTIFICACIÓN BANCARIA (Primer pago o si realiza cambio de cuenta)	X	N/A	X	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. (Trabajadóres independientes por cuenta propia o con contrato diferente a prestación de servicios) • Certificado expedido por el representante legal y/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, cédula de ciudadanía y antecedentes de la profesión vigentes del revisor fiscal (Persona Jurídica)	X	X	X	X
13	COPIA CERTIFICADO DE AFILIACIÓN ARL (Primer pago del contrato inicial, cesión, o prorroga) (Persona Natural)	N/A	N/A	N/A	N/A
14	INFORME DEL CONTRATISTA	N/A	X	X	X
15	INFORME DEL SUPERVISOR (F-BS-23)	N/A	X	X	X
16	ACTA DE FINALIZACIÓN (F-BS-17)	N/A	N/A	N/A	N/A
17	ACTA DE LIQUIDACIÓN (F-BS-34) (Nota 1 y 2)	N/A	N/A	N/A	N/A

Valor a Pagar (Letras y Números):	**Tres millones quinientos cinco mil setecientos trece pesos ($3.505.713)** m/cte

Cordialmente,

Nombre:	CRISTIAN CAMILO CESPEDES RAMOS	Nombre:	JORGE OVIDIO CRUZ ALVAREZ
Cargo:	Gerente Administrativo de Salud	Cargo:	Secretario de Salud del Meta
	Supervisor		Ordenador del Gasto

Secretaría de Salud del Meta
Oficina de Contratación
Revisó:
Fecha: 13/05/24 Hora:

Secop 2468 - 04/06/24.

Powered by CamScanner

GOBERNACION DEL META

NIT. 892000148-8

REGISTRO PRESUPUESTAL DE COMPROMISOS

DEPARTAMENTO DEL META
NIT. 892.000.148-8

Registro No. 2628

Vigencia: 2.024

Fecha de Compromiso: 22 de marzo de 2024

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

No. C.D.P. : 571 **Fecha de Expedición del C.D.P.:** 05 de febrero de 2024 **Con Formalidades Plenas**

Tipo de Compromiso Servicio

Comunicacion de aceptacion oferta: 0976 **Fecha:**22/03/2024 **Vence:** 31/12/2024

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 - 70	**Adquisición de servicios** Servicios prestados a las empresas y servicios de producción **Recurso Propio**-Destinación Específica Impuesto por Juegos y Apuestas Permanentes Salud **Clasificadores** --85951 23.000.000,00	23.000.000,00
	Total Compromisos	$23.000.000,00

Programación de Pagos

Mes	Valor
Abril	$3.833.333,33
Mayo	3.833.333,33
Junio	3.833.333,33
Julio	3.833.333,33
Agosto	3.833.333,33
Septiembre	3.833.333,35
Valor Total Prog.	$23.000.000,00

JAIDY ELAIKA NIETO
Gerente de Presupuesto

Elaboró: CARLOSRINCON

CARO CRUZ

DEPARTAMENTO DEL META NIT. 892.000.145-5	CERTIFICADO DEL SUPERVISOR AUTORIZANDO PAGO	CÓDIGO:	F-BS-16
		VERSIÓN:	04

Contrato No. y Fecha:	0976 de 2024		
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:	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: (Letras y Números)	VEINTITRES MILLONES DE PESOS ($23.000.000) M/CTE		
Término Inicial de Ejecución:	SEIS (6) MESES		
Fecha de Inicio según Acta de Inicio:	1-04-2024	Fecha Finalización según Acta de Inicio:	30-09-2024

Modificaciones (Adiciones, Prórrogas, Suspensiones, Cesiones, Reinicios)			
Tipo de Modificación	Fecha de expedición del documento	Valor (Aplica solo para adiciones)	Tiempo (aplica solo para prórrogas)
N/A	N/A	N/A	N/A
Término Total de Ejecución: (Inicial + prórroga)	N/A	Fecha Finalización: (Inicial + prórroga)	
Valor total del contrato, incluyendo adiciones: (Letras y Números)	N/A		
*Diligencie sólo si existen modificaciones, de lo contrario N/A **Inserte filas si requiere			

Forma de Pago: (Transcribir del contrato)
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.

Contrato Inicial, Registro Presupuestal:					
Número y Fecha:	2628 de 22 de marzo de 2024	**Inversión**		**Funcionamiento**	x

Rubro presupuestal:	03030101-2.1.2.02.02.008-70
Valor: (Letras y Números)	veintitrés millones de pesos ($23.000.000) m/cte

Adición, Registro Presupuestal:					
Número y Fecha:	N/A	**Inversión**		**Funcionamiento**	
Rubro presupuestal:	N/A				
Valor: (Letras y Números)	N/A				

Nota: Realice copia de la tabla si se presenta más de una adición

Obligaciones Generales del Contratista: (Transcribir del Estudio Previo)

1. Brindar apoyo y acompañamiento en cada una de las actividades del Servicio Social Obligatorio a cargo de la Secretaria de Salud del Meta.
2. Realizar el seguimiento y control a las solicitudes de disponibilidad presupuestal suscritas por el Secretario de Salud y las certificaciones expedidas por la Gerencia de Presupuesto de la Secretaría de Hacienda Departamental.
3. Consolidar y realizar el respectivo análisis de los indicadores de ejecución de gastos presentados al despacho del Secretario de Salud del Meta por cada una de las gerencias.
4. Apoyar la realización de las mesas de saneamiento por concepto de aportes patronales según el procedimiento establecido por el Ministerio de la Protección Social.
5. Brindar apoyo en el registro y actualización de la plataforma tecnológica PISIS en lo relacionado con la ejecución de las transferencias nacionales de los programas de ETV, Tuberculosis y Lepra y los demás recursos asignados por la Nación con sus respectivas devoluciones de los recursos no ejecutados y rendimientos financieros.
6. Las demás actividades que por naturaleza del contrato le sean asignadas por el Secretario de Salud del Meta

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	Anillado o argollado, en plástico con sistema velobinder con pasta policover de 1 a 100 hojas.	UNID	1

	AUTORIZACION DE LA SECRETARIA DE SALUD	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 y/o Adiciones:
N/A

Periodo de Pago:	Del	01-04-2024		Al	30-04-2024			
Tipo de Pago:	Anticipo		Parcial	x	Final		No. de Pago	1

No. de Comprobante de Entrada a Almacén: (Contrato de Suministro)	**N/A**

Valor Total Autorizado a Pagar	
Valor Total Autorizado a Pagar (Letras Máximo 2 Decimales)	**Tres millones quinientos cinco mil setecientos trece pesos ($3.505.713)**

Por cada Registro Presupuestal (R.P.) y Clasificador Presupuestal que avale el contrato, se debe especificar el Valor a Afectar. Inserte filas si requiere.

No. R.P.	Rubro Presupuestal	Clasificador Presupuestal	Valor a Afectar
2628	03030101-2.1.2.02.02.008-70	85951	$3.505.713.00
			$
Valor Total Autorizado a Pagar (números máximo 2 decimales)			**$3.505.713.00**

Lugar de Ejecución: (Transcribir del contrato)

En el municipio de Villavicencio, Departamento del Meta

Municipio	Número de Días	Valor Día Contrato	Total
Villavicencio	30	$116.857.10	**$3.505.713.00**
		$	$
Valor Total Autorizado a Pagar (números máximo 2 decimales)			**$3.505.713.00**

Nota: Incluir filas si se requiere.

Anticipo (Letras y Números máximo 2 Decimales)	_____ N/A _____ **m/cte. ($** _____**)**
Amortización del Anticipo:	
Valor (Letras y Números máximo 2 Decimales)	_____ N/A _____ **m/cte. ($** _____**)**
Porcentaje: Observaciones:	

Balance Financiero de Ejecución del Contrato Inicial

Concepto	Valor (Números máximo 2 Decimales)	Periodo de Pago DD/MM/AAAA		% Ejecución Financiera
		Del	Al	
Pago Autorizado en el Presente Informe	$3.505.713	01/04/2024	30/04/2024	15.24%
Saldo del Contrato Pendiente por Ejecutar	$19.494.287	01/05/2024	30/09/2024	84.76%
Valor Total del Contrato Inicial	$23.000.000	01/04/2024	30/09/2024	100%

Nota: Inserte o Elimine filas si requiere.

Balance Financiero de Ejecución de la Adición

Concepto	Valor (Números máximo 2 Decimales)	Periodo de Pago DD/MM/AAAA		% Ejecución Financiera
		Del	Al	
*Cuarto Pago	$	N/A	N/A	0
*Quinto Pago	$	N/A	N/A	0
Pago Autorizado en el Presente Informe	$	N/A	N/A	0

Saldo de la Adición Pendiente por Ejecutar		$	N/A	N/A	0
Valor Total de la Adición		$	N/A	N/A	0
Nota: El número de pagos debe ser consecutivo, comienza en el balance financiero del contrato inicial y continúa en el balance financiero de la adición. Inserte o Elimine filas si requiere. (si no aplica diligenciar N/A)					

Valor Total del Contrato Inicial más la Adición	**$23.000.000**

Artículo 3.2.7.5 del Decreto 780 de 2016 modificado por el Decreto 1273 de 2018, en relación con el pago y retención de aportes al Sistema de Seguridad Integral y Parafiscales.
Nota: Esta información debe estar en el informe del contratista

El contratista:

Concepto	Si	No	Detalle
1. ¿Ostenta la calidad de pensionado o tiene requisitos cumplidos para la pensión o por disposiciones legales no está obligado a cotizar a pensiones?		x	Si su respuesta es Sí, adjunte certificación.
2. ¿Cotiza por otros ingresos provenientes de vinculación laboral y/o reglamentaria, mesadas pensionales, independiente por cuenta propia u otros contratos?		x	Si su respuesta es Sí, registre el valor del IBC de cada uno de ellos $ _____ $ _____
3. ¿La totalidad de los ingresos mensuales son iguales o superiores a cuatro (4) salarios mínimos mensuales legales vigentes, producto de los ingresos provenientes de vinculación laboral y/o reglamentaria, independiente por cuenta propia u otros contratos?		x	
4. ¿El valor total de sus IBC es superior a 4 salarios mininos mensuales legales vigentes?		x	Si su respuesta es Si, adjuntar el pago del fondo de solidaridad pensional FSP
5. ¿Cotiza por el límite máximo de cotización de veinticinco (25) salarios mínimos mensuales legales?		x	
6. ¿Efectúa aportes por un Ingreso Base de Cotización (IBC) superior al 40% del valor mensualizado del contrato?		x	
7. ¿Pertenece a un Régimen Especial o de Excepción en salud?		x	
8. ¿Cotiza a salud de manera directa a la Entidad Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) de conformidad con lo establecido por el Articulo 2.1.13.5?		x	

9. ¿Efectúa de forma voluntaria aportes a una Caja de Compensación Familiar?		**x**	
10. ¿Realiza aportes voluntarios a pensión?		**x**	

Pago de Seguridad Social (Persona Natural)	**Datos**
Periodo Cotizado	**abril 2024**
Número de Planilla	**8376282810**
IBC (Ingreso Base de Cotización)	**$1.300.000**
Valor pagado a SALUD	**$162.500**
Valor pagado a PENSIÓN	**$208.000**
Valor pagado a ARL	**$6.800**
Valor pagado a FSP	**$0**
Nota: Si realizó pago para más de un Periodo o finalizando contrato Inserte nueva columna **Nota:** Si es persona jurídica se diligencia todo con N/A	

Pago de Seguridad Social: (Persona Jurídica)	**Si N/A**
Certificado expedido por el Representante legal	N/A
Certificado expedido por el Revisor fiscal	N/A
Nota: 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 veintidos (22) días del mes de Mayo de 2024 .

Cordialmente,

-CRISTIAN CAMILO CESPEDES RAMOS
Gerente Administrativo De Salud
Supervisor

DIAN

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

DIAN

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :
b29ab3d079e17b8c16ac88ea5ee7b40f2548b0417e04f4b48e2ee88477122e676584eb9f87da3cb4a3e15783f626b6f1

Número de Factura: NB-1
Fecha de Emisión: 22/05/2024
Fecha de Vencimiento: 22/05/2024
Tipo de Operación: 10 - Estándar

Forma de pago: Contado
Medio de Pago: Transferencia Débito
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

ro.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio unitario	Descuento detalle	Recargo detalle	IMPUESTOS				Precio unitario de venta
								IVA	%	INC	%	
1	002	FOTOCOPIAS GOBERNACION	94	31.583,00	$ 111,00	$ 0,00	$ 0,00					$ 3.505.713,00

Notas Finales

Linea de negocio:

Datos Totales



Documento validado por la DIAN 2024-05-22 15:31:34
Documento generado el: 2024-05-22 15:31:33
Generado por: Solución Gratuita DIAN
Nit:800197268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	

Subtotal			3.505.713,00
Descuento detalle			0,00
Recargo detalle			0,00
Total Bruto Factura			3.505.713,00
IVA			0,00
INC			0,00
Bolsas			0,00
Otros impuestos			0,00
Total impuesto (=)			0,00
Total neto factura (=)			3.505.713,00
Descuento Global (-)			0,00
Recargo Global (+)			0,00
Total factura (=)	**COP $**	$	3.505.713,00

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0,00

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

Numero de Autorización: 18764071134414 Rango desde: 1 Rango hasta: 100 Vigencia: 2026-05-22

ACTA DE INICIO DEL CONTRATO No. 976 DEL 05 DE FEBRERO AÑO 2024 CELEBRADO ENTRE EL DEPARTAMENTO DEL META Y NELSY BERNAL DUARTE

Contrato o Convenio No.:	976 DEL 05 DE FEBRERO DEL 2024		
Registro Presupuestal:	Nos. 2668 22 DE MARZO DEL 2024		
Contratista:	**NELSY BERNAL DUARTE**	Nit./c.c.	31.036.935
Representante Legal:		c.c.	
Supervisor:	**CRISTIAN CAMILO CESPEDES RAMOS**	c.c.	1.121.823.987
Objeto:			
SERVICIO DE FOTOCOPIADO, ANILLADO Y EMPASTADO DE LA SECRETARIA DE SALUD DEL META			
Valor total del contrato o convenio: (Letras y Números)	**VEINTITRES MILLONES DE PESOS MCTE ($23.000.000.00)**		
Término de ejecución:	**SEIS(6) MESES**		
Fecha Inicio:	**01//04/2023**	**Fecha Finalización:**	**30/09/2023**

En la ciudad de Villavicencio, **CRISTIAN CAMILO CESPEDES 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 Nit. No. 31.036.935 Propietario del establecimiento de comercio **Papelería Netell,** suscriben la presente Acta de Inicio, previa verificación de todos los documentos y requisitos legales.
De conformidad con lo establecido en el contrato o convenio se decide fijar el día 01 de abril del 2024, como fecha de Inicio del contrato o convenio citado.

En constancia firman: En Villavicencio a los 1 día del mes de abril del 2024

NELSY BERNAL DUARTE	**CRISTIAN CAMILO CESPEDES RAMOS**
Contratista	Supervisor

Firma:	
Nombre:	LUZ AMPARO ANDRADE BOCANEGRA
Cargo:	SECRETARIA
Proyectó	

DEPARTAMENTO DEL META NIT 892 000 148-5	ACTA ACLARATORIA DE ACTA DE INICIO

ACTA ACLARATORIA DE ACTA DE INICIO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. 0976 de 2024 CELEBRADO ENTRE EL DEPARTAMENTO DEL META Y NELSY BERNAL DUARTE.

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No.	0976 de 2024		
Registro Presupuestal:	2628 de 22 de marzo de 2024		
Contratista:	**NELSY BERNAL DUARTE**	Nit./c.c.	**31.036.935**
Representante Legal:		c.c.	
Supervisor:	**CRISTIAN CAMILO CESPEDES RAMOS**	c.c.	**1.121.823.987**

Objeto

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

Valor total del contrato o convenio: (Letras y Números)	**VEINTITRES MILLONES DE PESOS ($23.000.000) M/CTE M/CTE**		
Término de ejecución:	seis (6) meses		
Fecha Inicio:	01 de abril de 2024	Fecha Finalización:	30 de septiembre de 2024

En la ciudad de Villavicencio, **CRISTIAN CAMILO CESPEDES RAMOS,** Supervisor(a) delegado(a) identificado(a) con cédula de ciudadanía número 1.121.823.987 de Villavicencio, y **NELSY BERNAL DUARTE** identificado con cédula de ciudadanía No. 31.036.935 de Cubarral , suscriben la presente Acta de Inicio, previa verificación de todos los documentos y requisitos legales.

De conformidad con lo establecido en la aceptación de la oferta No. 0976 de 2024, por error involuntario se estableció como fecha de inicio 01 de abril de 2023 , siendo correcta la fecha de inicio el día 01 de abril de 2024 y fecha de finalización el 30 de septiembre de 2023 siendo correcta la fecha de finalización el día 30 de septiembre de 2024.

En constancia firman: en Villavicencio a los 17 días del mes de mayo de 2024

NELSY BERNAL DUARTE	**CRISTIAN CAMILO CESPEDES RAMOS**
Contratista /Representante legal	Supervisor

Firma:	
Nombre:	**CRISTIAN CAMILO CESPEDES RAMOS**
Cargo:	Gerente Administrativo de Salud
Proyectó	

1). Formato Fecha dd/mm/aaaa.
2). El resaltado es para modificar o eliminar.
3). No elimine filas, los datos que no aplican debe identificarlos como N/A.
4). Verificar la vigencia del documento en el listado maestro de documentos.

COMUNICADO DE ACEPTACIÓN DE LA OFERTA No. - 976 DEL AÑO 2024
(Decreto 1082 de 2015 Articulo 2.2.1.2.1.5.2)

Aceptar la oferta que se relaciona a continuación:

Contratista:	**NELCY BERNAL DUARTE**	NIT. No.	**31.036.935-1**
Representante Legal		C.C. No.	
Objeto del contrato:			
"SERVICIO DE FOTOCOPIADO, ANILLADO, Y EMPASTADO DE LA SECRETARIA DE SALUD DEL META".			
Valor total del contrato: (Letras y Números)	**VEINTITRES MILLLONES DE PESOS ($23.000.000)**		
Término de ejecución:	**SEIS (06) MESES**		

No. CDP	FECHA EXPEDICIÓN	CPC	Trazador	RUBRO PRESUPUESTAL	Situación (SSF – CFF aplica	VALOR CDP	VALOR A EJECUTAR
571	05/02/2024	85951	NA	03030101 – 2.1.2.02.02.008-70	NA	$23.000.000	$23.000.000
	TOTALES					$23.000.000	$23.000.000

FORMA DE PAGO El Departamento del Meta desembolsara los dineros para la futura contratación de la siguiente manera: EN PAGOS MENSUALES y/o fracción de tiempo, cada pago sujeto a la cantidad de servicios realizados en cada mes; para lo cual el Contratista debe presentar, informe y certificación del supervisor autorizando el pago, previa entrega de los documentos del contratista, así; **a)** Factura y/o Cuenta de Cobro. **b)** Certificado de encontrarse a paz y salvo al Sistema General de Seguridad Social Integral y parafiscales, expedido por el revisor fiscal o representante legal en su defecto **c)**, además de los documentos exigidos en la dirección financiera de la Gobernación, y demás requisitos enunciados en formato de "Reconocimiento y Pago" publicado en la página web de la Gobernación del Meta.

PARÁGRAFO: Para el pago correspondiente el Contratista deberá cargar en la plataforma de contratación SECOP II, la facturación correspondiente al proceso suscrito, lo cual será objeto de verificación por parte del supervisor.

TÉRMINO Y LUGAR DE EJECUCIÓN. El contrato tendrá un término de ejecución **SEIS (06) MESES,** contados a partir de la firma del Acta de Inicio, la cual debe ser firmada máximo dentro de los cinco (05) días siguientes a la fecha de nombramiento del supervisor, previo el

COMUNICADO DE ACEPTACIÓN DE LA OFERTA No. -976 DEL AÑO 2024
(Decreto 1082 de 2015 Articulo 2.2.1.2.1.5.2)

cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y legalización; **EL LUGAR** de ejecución del presente contrato será en **el municipio de Villavicencio**.

OBLIGACIONES. En desarrollo y cumplimiento del objeto del contrato, el Contratista se obliga de acuerdo a su propuesta y que sean acorde a los mencionados en el estudio previo e invitación pública.

SUPERVISIÓN. El Departamento del Meta ejercerá la supervisión del presente contrato, a través del doctor **CRISTIAN CAMILO CESPEDES RAMOS, Gerente Administrativa de Salud,** el cual tendrá las siguientes obligaciones:

1. Rendir informes escritos los cuales deben contener el resumen del desarrollo del contrato.
2. Suscribir Actas de Inicio, Finalización y Liquidación del contrato.
3. Informar oportunamente a la Secretaría Jurídica cualquier anomalía o incumplimiento por parte del contratista.
4. Todas aquellas actividades que garanticen la normal ejecución y cumplimiento del contrato de acuerdo con el programa establecido y las demás contenidas en la ley.
5. Los supervisores responderán disciplinaria, civil y penalmente por sus acciones y omisiones en la actuación contractual en los términos de la constitución y la ley (artículo 51 de la Ley 80 de 1993 y artículo 84 del Estatuto Anticorrupción - Ley 1474 de 2011).
6. Dar cumplimiento a la Ley 594 del 2000 (Ley General de Archivo).
7. Dar cumplimiento al Decreto No. 075 de fecha 01 de Marzo de 2021 por medio de la cual se Actualiza el Manual de Contratación, Interventoría y Supervisión del Departamento del Meta.
8. Publicar en la plataforma del sistema electrónico para la contratación pública Secop II, los documentos soporte, que se desarrollen durante la ejecución y finalización del objeto contractual, dentro de los tres días hábiles siguientes a la fecha del documento.

GARANTÍAS. EL CONTRATISTA no se constituirá garantía que avale el cumplimiento de las obligaciones surgidas del contrato,

La presente comunicación de aceptación de la oferta, se publica en el SECOP, (Decreto 1082 de 2015 Artículo 2.2.1.1.1.7.1).

JORGE OVIDIO CRUZ ALVAREZ
Secretario de Salud del Meta

Firma:		Firma:	
Nombre:	José Leandro Ortiz Sevilla	Nombre:	José Leandro Ortiz Sevilla
Cargo:	Asesor Jurídico – SSM	Cargo:	Asesor Jurídico – SSM
Proyectó		Revisó	

DEPARTAMENTO DEL META
GERENCIA DE PRESUPUESTO
FECHA 22 MAR 2024
FOLIA 038

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario 14913699445

(415)7707212489984(8020) 000001491369944 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
3 1 0 3 6 9 3 5	1	Impuestos y Aduanas de Villavicencio	2 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	31036935	1 9 8 6 1 0 1 6

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Meta 5 0	Cubarral 2 2 3

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
BERNAL	DUARTE	NELSY	

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla
MISCELANEA Y PAPELERIA NETELL	

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Meta 5 0	Villavicencio 0 0 1

41. Dirección principal: CL 37 41 89 BRR BARZAL

42. Correo electrónico: nelsybernalduarte@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
5 0 0 0 0 0 1	3 1 0 5 7 6 2 0 6 5	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 2 1 9	2 0 0 7 0 5 3 1	5 3 1 0	2 0 1 0 0 5 3 1	5 3 2 0	4 7 6 1		1

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 5 4 9 5 2

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

52 - Facturador electrónico

Usuarios aduaneros

54. Código

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio 1	2	3
		57. Modo		
		58. CPC		

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2023 - 05 - 11 / 09 : 59: 22

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso. Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

985. Cargo

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

Villavicencio, 22 de marzo de 2024

Doctor:
CRISTIAN CAMILO CÉSPEDES RAMOS
Gerente Administrativo de Salud
Secretaría de Salud del Meta

ASUNTO: DESIGNACIÓN DE SUPERVISION – CONTRATO **No. 0976 DE 2024**

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

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

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

Que el **DEPARTAMENTO DEL META**, a través de la Secretaría de Salud y **NELSY BERNAL DUARTE**, identificada con cédula de ciudadanía No. 31.036.935 de Cubarral, suscribieron el Contrato **No. 0976 del 22 de marzo de 2024**, cuyo objeto es: **"SERVICIO DE FOTOCOPIADO, ANILLADO Y EMPASTADO DE LA *SECRETARIA DE SALUD DEL META*"**.

De manera atenta, mediante la presente, me permito comunicarle que, en uso de las facultades legales y conferidas por la Ley 80 de 1993, la Ley 1474 de 2011, el Decreto 1082 de 2015, Decreto 275 de 2020, Decreto 075 de 2021, el Secretario de Salud y ordenador de gasto, ha resuelto **DELEGAR** la **SUPERVISION** del contrato antes mencionado, reiterándole ejercerla con responsabilidad a partir del **22 de marzo de 2024**, teniendo en cuenta el acápite de obligaciones del Supervisor de los Estudios previos, en el cual se indica lo siguiente:

"***OBLIGACIONES DEL SUPERVISOR.*** *El DEPARTAMENTO ejercerá la supervisión del presente contrato, a través del Ordenador del Gasto, el cual tendrá las siguientes obligaciones:*

1. *Los supervisores responderán disciplinaria, civil y penalmente por sus acciones y omisiones en la actuación contractual en los términos de la Constitución y la Ley (artículo 51 de la Ley 80 de 1993 y artículo 84 del Estatuto Anticorrupción - Ley 1474 de 2011).*
2. *Rendir informes escritos los cuales deben contener el resumen del desarrollo del contrato.*
3. *Suscribir Actas de Inicio, Finalización y/o Liquidación del contrato.*

4. Informar oportunamente a la Secretaría Jurídica cualquier anomalía o incumplimiento por parte del contratista.
5. Todas aquellas actividades que garanticen la normal ejecución y cumplimiento del contrato de acuerdo con el programa establecido y las demás contenidas en la Ley.
6. Dar cumplimiento a la Ley 594 del 2000 (Ley General de Archivo).
7. Dar cumplimiento al Decreto No. 075 de 2021, por medio de la cual se adopta el Manual de Contratación, Supervisión e Interventoría del Departamento del Meta.
8. Publicar en la plataforma electrónica del SECOP todos los documentos del proceso que hacen parte integral de la etapa contractual y postcontractual.
9. Allegar de manera oportuna, dentro de los cinco (5) días siguientes a la suscripción del acta de inicio la información requerida por la plataforma SIA OBSERVA para su publicación.
10. El supervisor deberá responder por la calidad y veracidad de la información reportada en las plataformas electrónicas (SECOP y SIA OBSERVA), así como, en el expediente físico que reposa en el Archivo de Gestión de la Gerencia de Asuntos Contractuales, en las diferentes etapas del proceso hasta su finalización y/o liquidación."

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

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

Para el caso de la liquidación además deberá anexar:

- Acta de terminación

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

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

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

Cordialmente,

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

Digito: Jacqueline Lozada Ortiz
Profesional de Apoyo – Contratista S.S.M.
Oficina de Contratación – S.S.M

Banco de Bogotá

Nit.860.002.564.4
Calle 36 Nº 7-47 Bogotá

REFERENCIA BANCARIA

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que NELSY BERNAL DUARTE, identificado(a) con Cedula de ciudadanía número 31.036.935 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuentas de Ahorros No. 364459438, abierta/o desde el 25/6/2008.

Se expide en Bogotá el día 21 del mes de Mayo del año 2024 con destino a: Gobernación del Meta

Firma Autorizada

ESTA INFORMACION ES CONFIDENCIAL Y SE SUMINISTRA SIN RESPONSABILIDAD ALGUNA POR PARTE DEL BANCO

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: 8376282810

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	NELSY BERNAL DUARTE
Tipo y número de identificación	CC31036935
Número de planilla	8376282810
Fecha pago	2024-04-15
Número de autorización pago	71825258
Banco	1023

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	abril de 2024
Periodo de Cotización Pensión	abril de 2024
Número de Administradoras	3
Total Pagado	377300
Total Intereses de Mora	0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	6800	1
231001	Colfondos	208000	1
EPS005	Sanitas EPS	162500	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	1300000	1300000	1300000	0	162500	0	208000	0	6800	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	6720208

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 COMPENSACION FAMILIAR
SALUD		PENSIÓN, RIESGOS LAB, CAJA, SENA, ICBF						
MES	AÑO	MES	AÑO					
4	2024	4	2024	I	15 04 2024	8376282810	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	$1,300,000	12.50%	$162,500	231001	$1,300,000	16.00%	$208,000	$0
																															$162,500				$208,000	$0

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

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	$1,300,000	0.52%	1	$6,800
			$0					$6,800

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

Inicio

Aportante

Empleados y Beneficiarios

Planillas

Certificados y Reportes

Ir a Cesantías

Ir a Pensiones voluntarias

Configuraciones básicas

Ayudas

A continuación se encuentra la Información de la planilla:

Guardar archivos en excel

Guardar en PDF

Información de la planilla

Identificación	CC 31036935
Razon Social	NELSY BERNAL DUARTE
Numero de planilla	8376282810
Periodo	Abril de 2024
Tipo de planilla	I - Planilla de Independientes
Vencimiento	2024/05/09
Fecha de pago	2024/04/15
Total pagado	$377.300

Información asociada al pago

NIT de recaudo	9998600669427
Razon Social	Compensar OI
Descripción	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social
Medio de pago	Pago en Cajas
Banco	1023
Numero de aprobación	71825258

Totales por administradora

NIT	Administradora	Antes De Mora	Interes De Mora	Total
800227940	Colfondos	$ 208.000	$ 0	$ 208.000
800251440	Sanitas EPS	$ 0		
860011153	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	$ 6.800	$ 0	$ 6.800

Hola soy Pili, ¿en qué te puedo ayudar?

CONTADOR PUBLICO

RODRIGO ROMERO

FUNDACION UNIVERSITARIA SAN MARTIN

EL CONTADOR PUBLICO RODRIGO ROMERO CON TARJETA PROFESIONAL NUMERO TP 182757-T, EXPEDIDA POR LA JUNTA CENTRAL DE CONTADORES.

CERTIFICA QUE

La señora **NELSY BERNAL DUARTE,** identificada con cédula de Ciudadanía No. 31.036.935 de Cubarral (Meta). **Aplicando presunción de costos** de Resolución 209 del 12 de febrero de 2020 expedida por la UGPP en su **ARTÍCULO 4o. EXCEPCIÓN A LA APLICACIÓN DEL ESQUEMA DE PRESUNCIÓN DE COSTOS.** El trabajador independiente por los ingresos generados de su actividad económica, podrá establecer costos diferentes a los aquí establecidos, siempre y cuando cuente con los documentos que soporten los costos y deducciones, los cuales deben cumplir con los requisitos establecidos en el artículo 107 del Estatuto Tributario y demás normas que regulen las exigencias para la validez de dichos documentos, sin exceder los valores incluidos en la declaración del Impuesto de Renta, en los términos señalados en el inciso segundo del artículo 244 de la Ley 1955 de 2019. Certifico que el ingreso base de cotización correspondiente al mes de mayo del año 2024.

Para efectos de la aplicación, relaciono a continuación el valor de la cuenta de cobro y los gastos generados.

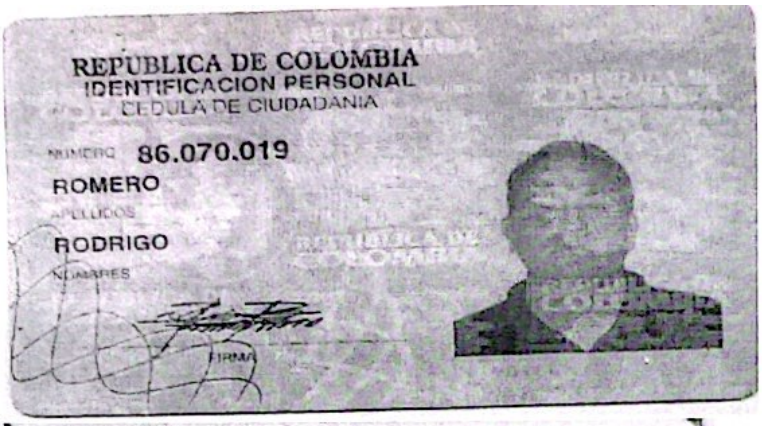
Valor de la Cuenta de Cobro:	$ 3.505.713
Gastos del contrato:	- $ 2.105.000
TOTAL	$ 1.400.713*40%=$560.000

Por lo anterior la base de cotización es de $1.300.0000 que es el salario mínimo para el año 2024.

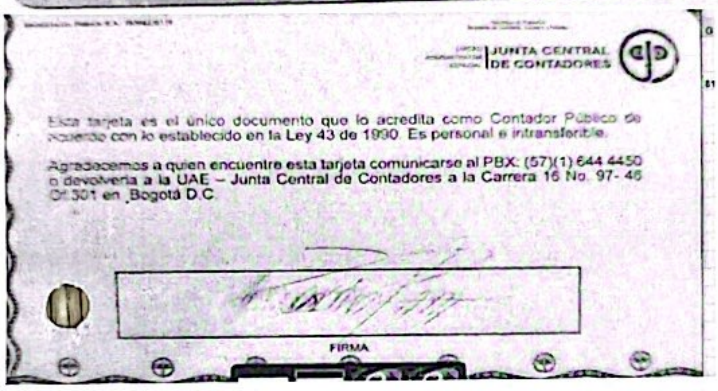
La anterior certificación se expide en Villavicencio – (Meta), a los veintinueve (29) días del mes de mayo del año 2024.

RODRIGO ROMERO
CONTADOR PUBLICO
TP 182757-T

Dirección calle 16 N°37a-02 B. 8 ETAPA ESPERANZA. VILLAVICENCIO (META)
Celular: 3138896939 E-MAIL: rodrigoromero911@hotmail.com.
PAGINA WEB. http://rodrigoromero911.blogspot.com/


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 86.070.019
ROMERO
APELLIDOS
RODRIGO
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 10-NOV-1981
VILLAVICENCIO
(META)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.70 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
26-NOV-1999 VILLAVICENCIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
INDICE DERECHO
A-5200100-00414788-M-0086070019-20121204 0031820791A 1


JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
Esta tarjeta es el único documento que lo acredita como Contador Público de acuerdo con lo establecido en la Ley 43 de 1990. Es personal e intransferible.
Agradeceremos a quien encuentre esta tarjeta comunicarse al PBX: (57)(1) 644 4450 o devolverla a la UAE – Junta Central de Contadores a la Carrera 16 No. 97- 46 Of.301 en Bogotá D.C
FIRMA


JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
182757-T
RODRIGO
ROMERO
C.C. 86070019
RES. INSCRIPCION 521 DEL 27/09/2013
FUNDACION UNIVERSITARIA SAN MARTIN
JOSE ORLANDO RAMIREZ ZULUAGA
DIRECTOR GENERAL
283481 184558

VALIDO PARA CERTIFICADO DE COSTOS DE ELSY BERNAL DUARTE

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

7F6885AE51CD2049

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

CERTIFICA A:
QUIEN INTERESE

Que el contador público **RODRIGO ROMERO** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 86070019 de VILLAVICENCIO (META) Y Tarjeta Profesional No 182757-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde la fecha de Inscripción.

NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS

Dado en BOGOTA a los 11 días del mes de Marzo de 2024 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.

DIRECTOR GENERAL

ESTE CERTIFICADO DIGITAL TIENE PLENA VALIDEZ DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 2 DE LA LEY 527 DE 1999, DECRETO UNICO REGLAMENTARIO 1074 DE 2015 Y ARTICULO 6 PARAGRAFO 3 DE LA LEY 962 DEL 2005

Para confirmar los datos y veracidad de este certificado, lo puede consultar en la página web www.jcc.gov.co digitando el número del certificado

Powered by CamScanner