DEPARTAMENTO DEL META NIT 892.000.148-8	RECONOCIMIENTO Y PAGO (PAGO PARCIAL O FINAL)	CÓDIGO:	F-BS-15
		VERSIÓN:	05

Fecha de elaboración del reconocimiento:	19 de diciembre de 2024	Periodo de Pago:	Del	01/11/2024	Al	30/11/2024	
Contrato No. y Fecha:	0976 del 5 de febrero 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:	8	

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	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)	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)	x	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 11)	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 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 ochocientos cincuenta y nueve mil novecientos catorce ($3.859.914.00)m/cte**

Cordialmente,

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

Secop 10615 23/12/24

GOBERNACION DEL META

NIT. 892000148-8

REGISTRO PRESUPUESTAL DE COMPROMISOS

Registro No. **11616**

Vigencia: 2.024 **Fecha de Compromiso:** 30 de septiembre de 2024

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

No. C.D.P. : 4251 **Fecha de Expedición del C.D.P.:** 23 de septiembre de 2024 **Con Formalidades Plenas**

Tipo de Compromiso Servicio

Contr. Adic.: 0976 **Fecha:** 30/09/2024 **Vence:** 31/12/2024

Objeto: ADICION I PRORROGA I AL CONTRATO No 0976 DE 2024 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 - 150	**Servicios prestados a las empresas y servicios de producción** Servicios prestados a las empresas y servicios de producción **Recursos de la Nacion-Destinación Especifica** Rentas Cedidas - Licores **Clasificadores** -85951 11.500.000,00	11.500.000,00
	Total Compromisos	$11.500.000,00

Programación de Pagos

Mes	Valor
Octubre	$4.312.500,00
Noviembre	4.312.500,00
Diciembre	2.875.000,00
Valor Total Prog.	$11.500.000,00

AIDY ELAIKA NIETO
Gerente de Presupuesto

Del Rbal

DEPARTAMENTO DEL META NIT. 892.000.148-8	CERTIFICADO DEL SUPERVISOR AUTORIZANDO PAGO	CÓDIGO:	F-BS-16
		VERSIÓN:	05

Contrato No. y Fecha:	0976 del 5 de febrero 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.**	
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, Reducciones y Otras)			
Tipo de Modificación **Adición** (Sumar) Reducción (Restar)	**Valor de la Modificación** (Cuando Aplique)	**Fecha de expedición del documento.**	**Tiempo de Modificación** (Cuando Aplique)
ADICION Y PRORROGA	$11.500.000	30/09/2024	dos (02) meses y veinte (20) días
ACLARATORIA	N/A	18/10/2024	N/A
N/A	N/A	N/A	N/A
Total del Valor de la Modificación	$11.500.000	N/A	N/A
*Si no existen modificaciones coloque valores en ceros y demás casillas N/A **Inserte filas si requiere			

Término Total de Ejecución: (Inicial +/- modificaciones)	Ocho (8) meses y veinte (20) días	**Fecha Finalización:** (Inicial +/- modificaciones)	20-12-2024
Valor total del contrato +/- las modificaciones: (Letras y Números)	TREINTA Y CUATRO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS (34.500.00.00)		
*Diligencie sólo si existen modificaciones, de lo contrario N/A Realice la sumatoria del valor inicial y las modificaciones en valores aun cuando sea cero (0), al igual que el término de ejecución y Fecha de Finalización **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: 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 certificación del supervisor autorizando el pago previa entrega de los documentos 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 efecto 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 pagina web de la Gobernación Del Meta .

PARAGRAFO: 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.

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:	11616 de 30 de septiembre de 2024	**Inversión**		**Funcionamiento**	x
Rubro presupuestal:	03030101-2.1.2.02.02.008-150				
Valor: (Letras y Números)	Once millones quinientos mil pesos (11.500.00.00) m/cte				

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	Fotocopias tamaño carta, copia foto estática en negro.	UNID	1

	AUTORIZACION DE LA SECRETARIA DE SALUD DEL META	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 y/o Adiciones:

ADICION No. 1 Y/O PRORROGA No 1

CLAUSULA PRIMERA. OBJETO: Adición No. 1 y prorroga No. 1 al contrato 0976 de 2024 cuyo objeto es: servicio de fotocopiado anillado y empastado de la secretaria de salud el meta

CLAUSULA SEGUNDA. VALOR DE LA ADICIÓN: El valor de la presente adición de acuerdo al presupuesto oficial estimado, será de **ONCE MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS ($11.500.000) M/CTE** discriminados como se muestra a continuación:

ÍTEM	DESCRIPCIÓN	UND.	CANT.	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
1	**Adición No. 1 y prorroga No. 1 al contrato 0976 de 2024 cuyo objeto es: servicio de fotocopiado anillado y empastado de la secretaria de salud el meta**	und	1	$11.500.000	**11.500.000**
				VALOR SUBTOTAL	**11.500.000**
				VALOR TOTAL	**11.500.000**

CLAUSULA TERCERA. TERMINO DE PRORROGA: El término que se procede a prorrogar al Contrato No. **0976 DE 2024**, es por ***DOS (02) MESES Y VEINTE (20) DIAS*** Es decir, **desde el 01 de octubre de 2024 al 20 de diciembre de 2024.**

CLAUSULA CUARTA. - FORMA DE PAGO DE LA ADICION: El Departamento del Meta pagará al contratista el valor de la adición 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.

ACLARATORIA No1.

PRIMERO: Aclara y/o Corregir el error de digitación consignado en el cuadro inicial descriptivo, indicando para todos los efectos legales y administrativos se entenderá que la **ADICIÓN** del Contrato de prestación No. 0976 de 2024, **es por valor de ONCE MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS ($11.500.000), aclarándose y/o corrigiéndose lo señalado en el cuadro inicial descriptivo.**

Periodo de Pago:	Del	01-11-2024		Al	30-11-2024			
Tipo de Pago:	Anticipo		Parcial	x	Final		No. de Pago	8

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

DEPARTAMENTO DEL META NIT. 892.000.148-8	CERTIFICADO DEL SUPERVISOR AUTORIZANDO PAGO	CÓDIGO:	F-BS-16
		VERSIÓN:	05

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 Máximo 2 Decimales)	**tres millones ochocientos cincuenta y nueve mil novecientos catorce ($3.859.914.00)m/cte**

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**
11616	03030101-2.1.2.02.02.008-150	85951	$ 3.859.914.00
Valor Total Autorizado a Pagar (números máximo 2 decimales)			$3.859.914.00

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

Lugar donde se suministra los bienes o se presta el Servicio:	
En el municipio de Villavicencio.	
Municipio	**Valor**
Villavicencio	$3.859.914.00
	$
Valor Total Autorizado a Pagar (números máximo 2 decimales)	$3.859.914.00

Nota: Incluir filas adicionales si se requiere.
Discriminar el valor para cada municipio en proporción a lo ejecutado del contrato para el periodo de pago.
Esta información es para determinar retenciones aplicables a título del impuesto de industria y comercio.

Anticipo (Letras y Números máximo 2 Decimales)		**N/A**	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 2	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
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

Balance Financiero de Ejecución del Contrato Inicial				
Concepto	**Valor** (Números máximo 2 Decimales)	**Periodo de Pago** DD/MM/AAAA		**% Ejecución Financiera**
		Del	**Al**	
Primer Pago	$3.505.713	01/04/2024	30/04/2024	15.24%
Segundo Pago	$3.749.913	01/05/2024	31/05/2024	16.30%
Tercer pago	$3.599.952	01/06/2024	30/06/2024	15.65%
Cuarto pago	$3.749.913	01/07/2024	31/07/2024	16.30%
Quinto pago	$3.669.993	01/08/2024	31/08/2024	15.96%
Sexto pago	$3.829.944	01/09/2024	30/09/2024	16.65%
Séptimo informe	$ 894.572	01/10/2024	31/10/2024	3.90%
Saldo del Contrato Pendiente por Ejecutar	$ 0	N/A	N/A	0%
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**	
Séptimo informe	$2.898.409	01/10/2024	31/10/2024	25.20%
Pago Autorizado en el Presente Informe	$ 3.859.914	01/11/2024	30/11/2024	31.22%
Saldo de la adición pendiente por ejecutar	$4.741.677	01/12/2024	20/12/2024	43.58%
Valor Total de la Adición	$11.500.000	01/10/2024	20/12/2024	100%
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	**$34.500.000.00**

Pago de Seguridad Social (Persona Natural)	**Datos**
Periodo Cotizado	Noviembre 2024
Número de Planilla	8381677787
IBC (Ingreso Base de Cotización)	$1.600.000
Valor pagado a SALUD	$200.000
Valor pagado a PENSIÓN	$256.000
Valor pagado a ARL	$8.400

Scanned with CamScanner

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 diecinueve (19) días del mes diciembre 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 :
57ff0ff153d18e506242bd423f2d0564a013d306f41631873477c1f164ea319d53fdddd5243e8aa9fd3e5c169093f0ae

Número de Factura: NB-34
Fecha de Emisión: 11/12/2024
Fecha de Vencimiento: 11/12/2024
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

Nro.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio unitario	Descuento detalle	Recargo detalle	IMPUESTOS				Precio unitario de venta
								IVA	%	INC	%	
1		FOTOCOPIAS BLANCO Y NEGRO	94	34.774,00	$ 111,00	$ 0,00	$ 0,00					$ 3.859.914,00

Notas Finales

Linea de negocio:

ADICION No. 1 Y/O PRORROGA No. 1, AL CONTRATO No. **0976** DE 2024, CELEBRADO ENTRE EL DEPARTAMENTO DEL META Y **NELCY BERNAL DUARTE**

CONTRATISTA:	**NELCY BERNAL DUARTE** **NIT 31.036.935-1**
OBJETO DEL CONTRATO:	
SERVICIO DE FOTOCOPIADO, ANILLADO, Y EMPASTADO DE LA SECRETARIA DE SALUD DEL META	
VALOR INICIAL:	**VEINTITRES MILLLONES DE PESOS ($23.000.000)**
VALOR ADICIÓN:	**SEIS MILLONES SEISCIENTOS DOCE MIL SEISCIENTOS PESOS ($6.612.600)M/CTE**
TÉRMINO DE EJECUCIÓN INICIAL:	***SEIS (6) MESES***
TÉRMINO DE PRORROGA:	***DOS (02) MESES Y VEINTE (20) DIAS***
FECHA:	30 SEP 2024

Entre los suscritos, **JORGE OVIDIO CRUZ ÁLVAREZ,** mayor de edad, identificado con cédula de ciudadanía número 17.342.450 de Villavicencio, SECRETARIO DE SALUD del Departamento del Meta, nombrado mediante Decreto No. 014 del 03 de enero de 2024 y posesionado según consta en el Acta No. 010 de fecha 03 de enero de 2024, facultado para contratar en nombre y representación del Departamento del Meta, mediante el Decreto No. 275 del 22 de mayo de 2020, quien en adelante se denominará **EL DEPARTAMENTO**, por una parte, y de otra, **NELCY BERNAL DUARTE** identificado (a) con **NIT 31.036.935-1,,** quien para efectos del presente contrato o convenio se denominará el **CONTRATISTA**, hemos convenido celebrar la presente adición y prórroga a la Contrato No 0976 DE 2024, que se regirá por las siguientes cláusulas previas las consideraciones descritas a continuación:

- Que el dia 22 de marzo de 2024, el Departamento del Meta emitió la aceptación de oferta No. 0976 DE 2024
- Que el día 01 de abril de 2024se suscribo acta de inicio, y a la fecha el contrato se encuentra vigente
- Que de conformidad con lo manifestado por el supervisor en oficio de fecha 24 de septiembre de 2024, se requiere adicionar y prorrogar el contrato citado para continuar con objeto contractual, conforme a la necesidad establecida por la Gerencia administrativa de la secretaria de Salud del Meta.
- Que, de acuerdo al presupuesto estimado por el supervisor, el valor de la presente adición es de **ONCE MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS ($11.500.000) M/CTE**
- Que la presente adición se encuentra incluida en el Plan Anual de Adquisiciones del Departamento para la vigencia 2024.
- Que se cuenta con certificado de disponibilidad presupuestal No. **4251** de fecha 23/09/20224, por valor de **ONCE MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS ($11.500.000)M/CTE**, para respaldar la adición.

ADICION No. 1 Y/O PRORROGA No. 1, AL CONTRATO No. **0976** DE 2024, CELEBRADO ENTRE EL DEPARTAMENTO DEL META Y **NELCY BERNAL DUARTE**

- Que la aceptación de oferta No. 0976 DE 2024 tiene como término de ejecución inicial de ***SEIS (06) MESES,*** *el cual su extremo final es el día 30 de septiembre de 2024.*
- Que se requiere prorrogar en un término de ***DOS (02) MESES Y VEINTE (20) DIAS***
- Que la presente adición y Prórroga se encuentra debidamente sustentada, y se celebra de conformidad con lo establecido en la Ley 80 de 1993, ley 1150 de 2007 y demás decretos reglamentarios y se regirá por las siguientes cláusulas:

CLAUSULA PRIMERA. OBJETO: "ADICIÓN Y/O PRORROGA AL CONTRATO No. 0976 DE 2024 CUYO OBJETO ES: SERVICIO DE FOTOCOPIADO, ANILLADO, Y EMPASTADO DE LA SECRETARIA DE SALUD DEL META

CLAUSULA SEGUNDA. VALOR DE LA ADICIÓN: El valor de la presente adición de acuerdo al presupuesto oficial estimado, será de **ONCE MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS ($11.500.000) M/CTE** discriminados como se muestra a continuación:

ÍTEM	DESCRIPCIÓN	UND.	CANT.	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
1	**Adición No. 1 y prorroga No. 1 al contrato 0976 de 2024 cuyo objeto es: servicio de fotocopiado anillado y empastado de la secretaria de salud el meta**	und	1	$11.500.000	**11.500.000**
				VALOR SUBTOTAL	**11.500.000**
				VALOR TOTAL	11.500.000

CLAUSULA TERCERA. TERMINO DE PRORROGA: El término que se procede a prorrogar al Contrato No. **0976 DE 2024**, es por ***DOS (02) MESES Y VEINTE (20) DIAS*** Es decir, **desde el 01 de octubre de 2024 al 20 de diciembre de 2024.**

CLAUSULA CUARTA. - FORMA DE PAGO DE LA ADICION: El Departamento del Meta pagará al contratista el valor de la adición 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.

CLAUSULA QUINTA. - VIGENCIA DE LAS ESTIPULACIONES: Todas las cláusulas y estipulaciones contractuales del Contrato No 0976 DE 2024, no modificadas por la presente adición y prórroga, permanecen vigentes, así como su exigibilidad.

DEPARTAMENTO DEL META NIT. 892.099.198-5	MINUTA DE ADICIÓN Y/O PRORROGA DE CONTRATO O CONVENIO	CÓDIGO:	F-BS-26
		VERSIÓN:	01

ADICION No. 1 Y/O PRORROGA No. 1, AL CONTRATO No. **0976** DE 2024, CELEBRADO ENTRE EL DEPARTAMENTO DEL META Y **NELCY BERNAL DUARTE**

CLAUSULA SEXTA -PERFECCIONAMIENTO Y EJECUCIÓN: La presente adición y prórroga se considera perfeccionada con la suscripción de la misma por las partes y se inicia el día siguiente al vencimiento inicial del contrato.

Para constancia se firma en Villavicencio (Meta) a los . 30 SEP 2024

JORGE OVIDIO CRUZ ALVAREZ **Secretario de Salud del Meta**	**NELCY BERNAL DUARTE** **Contratista**
José Leandro ortiz Sevilla **Vo. Bo. Oficina de Contratación SSM**	

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

DEPARTAMENTO DEL META
GERENCIA DE PRESUPUESTO
RECIBI
FECHA 30 SEP. 2024
HORA 4:40

DEPARTAMENTO DEL META NIT. 892.000.148-8	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.

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:	8381677787

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	NELSY BERNAL DUARTE
Tipo y número de identificación	CC31036935
Número de planilla	8381677787
Fecha pago	2024-11-25
Número de autorización pago	44934117
Banco	1023

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	noviembre de 2024
Periodo de Cotización Pensión	noviembre de 2024
Número de Administradoras	3
Total Pagado	464400
Total Intereses de Mora	0

PAGADA
8381677787

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-23	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	8400	1
231001	Colfondos	256000	1
EPS005	Sanitas EPS	200000	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	1600000	1600000	1600000	0	200000	0	256000	0	8400	0

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

Datos Totales

Documento generado el:
11/12/2024 09:38:33
Documento validado por la DIAN:
11/12/2024 09:38:33
XML Generado por: Solución Gratuita DIAN
800197268
PDF Generado por: Solución Gratuita DIAN
Nit:800197268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	0

Subtotal	3859914
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	3859914
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0
Total impuesto (=)	0
Total neto factura (=)	3859914
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=) **COP $**	$ 3859914

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0

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

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	

Subtotal	3.859.914,00
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	3.859.914,00
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0,00
Total impuesto (=)	0,00
Total neto factura (=)	3.859.914,00
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=) **COP $**	$ 3.859.914,00

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

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 SALUD MES	PERIODO LIQUIDACIÓN SALUD AÑO	PENSIÓN, RIESGOS LAB, CAJA, SENA, ICBF MES	PENSIÓN, RIESGOS LAB, CAJA, SENA, ICBF AÑO	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA MES AÑO)	NÚMERO RADICACIÓN	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD	SE ACOGE A LOS BENEFICIOS DE LE 1429 DE 2010 A CAJ DE COMPENSACIÓ FAMILIAR
11	2024	11	2024	I	25 11 2024	8381677787	Si	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	$1,600,000	12.50%	$200,000	231001	$1,600,000	16.00%	$256,000	$0
																															$200,000				$256,000	$0

PAGADO

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