



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

CÓDIGO: F-BS-15
VERSIÓN: 6

Fecha de Elaboración del Reconocimiento:	27/03/2026	Periodo de Pago:	Del	27/02/2026	Al	26/03/2026
Contrato No. y Fecha:	0759 del 25 de ENERO de 2026					
Contratista:	PAOLA MARCELA ALVAREZ OCAMPO			c.c. o Nit. No.	40.440.762	
Representante Legal:	N/A			c.c. No.	N/A	
Tipo de Pago:	Parcial	X	Final	Número de Pago:		2

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

N.	Documento (Marcar con X los documentos que aplican al pago, los que no con N/A)	Hacienda	Jurídica	Secop	Sia Observa
1	COPIA REGISTRO PRESUPUESTAL (Primer pago del contrato inicial o de la adición o cesión del contrato)	N/A	N/A	N/A	N/A
2	COPIA DEL CERTIFICADO DE BANCO DE PROGRAMAS Y PROYECTOS (Todos los pagos con proyectos de inversión y en la adición)	X	N/A	X	N/A
3	ORIGINAL CERTIFICADO SUPERVISOR AUTORIZANDO EL PAGO (F-BS-16)	X	X	X	X
4	COMPROBANTE DE ENTRADA A ALMACÉN (Para Contratos de suministro) (Copia Hacienda – Original Jurídica)	N/A	N/A	N/A	N/A
5	FACTURA DE VENTA O CUENTA DE COBRO DE BIENES O SERVICIOS (Original Hacienda – Copia Jurídica)	X	X	X	X
6	COPIA ACTA DE INICIO (F-BS-12) (Primer Pago)	N/A	N/A	N/A	N/A
7	COPIA CONTRATO O EL DOCUMENTO QUE HAGA SUS VECES (Primer pago o cesión del contrato)	N/A	N/A	N/A	N/A
8	COPIA MODIFICACIONES DEL CONTRATO (Pago posterior a la modificación) (Para Adición último pago del contrato inicial y primer pago de la adición)	N/A	N/A	N/A	N/A
9	COPIA RUT. o NIT. COMPLETO (Primer pago o Cesión del contrato) En Uniones Temporales o Consorcio presentar RUT completo de los participantes	N/A	N/A	N/A	N/A
10	COPIA ACTO ADMINISTRATIVO DE DESIGNACIÓN DEL SUPERVISOR (Primer pago o si hay cambio de supervisor) (Nota 23)	N/A	N/A	N/A	N/A
11	CERTIFICACIÓN BANCARIA (Primer pago o si realiza cambio de cuenta)	N/A	N/A	N/A	N/A
12	PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL <ul style="list-style-type: none"> Planilla integrada en la que conste el pago de aporte y el IBC. (Persona Natural). Esquema de presunción de costos, de acuerdo a lo establecido por el Ministerio de Salud y Protección Social y la UGPP. (Trabajadores independientes por cuenta propia o con contrato diferente a prestación de servicios) Certificado expedido por el representante legal o revisor fiscal (Si está obligado a tenerlo), donde acredite que se encuentra a paz y salvo con aportes a seguridad social y parafiscales durante los últimos 6 meses, anexando tarjeta profesional, c.c. y antecedentes de la profesión vigentes del revisor fiscal (Persona Jurídica) 	X	X	X	X
13	COPIA CERTIFICADO DE AFILIACIÓN ARL (Primer pago del contrato inicial, cesión, o prórroga) (Persona Natural)	N/A	N/A	N/A	N/A
14	INFORME DEL CONTRATISTA	N/A	X	X	X
15	INFORME DEL SUPERVISOR (F-BS-23)	N/A	X	X	X
16	ACTA DE FINALIZACIÓN (F-BS-17)	N/A	N/A	N/A	N/A
17	ACTA DE LIQUIDACIÓN (F-BS-34) (Nota 14 y 15)	N/A	N/A	N/A	N/A
18	ACTA PARCIAL DE OBRA Y/O RECIBO FINAL (Todos los pagos con proyectos de inversión y la adición)	N/A	N/A	N/A	N/A
19	SALIDA DE ALMACÉN – INSTALACIÓN DE BIENES (Firmada) (Para contratos de suministro) (Copia Hacienda – Original Jurídica)	N/A	N/A	N/A	N/A

Valor a Pagar (Letras y Números): CINCO MILLONES TRESCIENTOS MIL PESOS M/CTE (\$5.300.000)

Cordialmente,


Firma:		Firma:	
Nombre:	JAIDY ELAIKA NIETO	Nombre:	CESAR AUGUSTO CHARRY CASTELLANOS
Cargo:	SECRETARIA DE HACIENDA	Cargo:	GERENTE DE RENTAS
	Ordenador del Gasto		Supervisor

Firma:			
Nombre:	CESAR AUGUSTO CHARRY CASTELLANOS	KATHERINE HERRERA HERNANDEZ	ANGELA HERNANDEZ NOVOA
Cargo:	GERENTE DE RENTAS	CPS- PROFESIONAL UNIVERSITARIO	CPS- PROFESIONAL UNIVERSITARIO
Acción:	Revisión del Directivo	Revisión Jurídica	Revisión Financiera
Área Ordenadora del Gasto			

Seop 1835 - Abr. 6.

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



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


Contrato No. y Fecha:	0759 del 25 de enero de 2026		
Contratista: (Persona natural o jurídica que figura en el contrato.)	PAOLA MARCELA ALVAREZ OCAMPO	Nit./c.c.	40.440.762
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)	CESAR AUGUSTO CHARRY CASTELLANOS	c.c.	86.042.357
Objeto: (Transcribir del contrato)			
ESTABLECER LOS LINEAMIENTOS PROCEDIMENTALES PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA ANTICONTRABANDO DE LA FND, ORIENTADOS A POTENCIAR LA GESTIÓN DE ANTIEVASIÓN Y EL FORTALECIMIENTO DE LAS RENTAS DEPARTAMENTALES, CONSOLIDANDO UN ENTORNO DE LEGALIDAD EN EL DEPARTAMENTO DEL META.			
Valor inicial del contrato: (Según Minuta) (Letras y Números)	TREINTA Y UN MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS M/CTE (\$31.800.000,00)		
Término Inicial de Ejecución:	Seis (6) meses		

Fecha de Inicio según Acta de Inicio:	27/01/2026	Fecha Finalización según Acta de Inicio:	26/07/2026
--	------------	---	------------

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

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

Forma de Pago: (Transcribir del contrato o del documento que haga sus veces)			
EL DEPARTAMENTO pagará al contratista el valor de ejecución del contrato así: SEIS (6) mensualidades vencidas cada una por valor de cinco millones trescientos mil pesos m/cte (\$5.300.000,00) , previa certificación de cumplimiento expedido por el supervisor y acreditación de que se encuentra a paz y salvo el contratista con los aportes al Sistema Integral de Seguridad Social (EPS, Fondo de Pensiones y ARL) y demás requisitos que le sean aplicables, previa certificación de cumplimiento expedido por el supervisor y acreditación de que se encuentra a paz y salvo el contratista			


 DEPARTAMENTO DEL META NIT 852 000 148-B	CERTIFICADO DEL SUPERVISOR AUTORIZANDO PAGO	CÓDIGO:	F-BS-16
		VERSIÓN:	06

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

Registro Presupuestal (Contrato Inicial):					
Número y Fecha:	749 del 26/01/2026	Inversión	X	Funcionamiento	N/A
Rubro presupuestal:	0301-2.3.45.4599.1000.007.2.3.2.02.02.009-0				
Valor: (Letras y Números)	TREINTA Y UN MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS M/CTE (\$31.800.000,00)				
*Realice copia de la tabla si tiene más de un Registro Presupuestal					

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


Obligaciones Generales del Contratista: (Transcribir del Estudio Previo)	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Acatar las sugerencias de la supervisión encaminadas a mejorar el proceso. 2. Garantizar la afiliación ante el sistema de seguridad social integral en los términos establecidos en la ley 100 de 1993, (EPS, Fondo de Pensiones y ARL) y presentar constancia de pago durante la ejecución del contrato, conforme al acápite de FORMA DE PAGO 3. El contratista deberá allegar certificado médico de ingreso legible (tendrá vigencia máxima de (3) años y será válido para todos los contratos que suscriba el contratista, de acuerdo con lo establecido en el artículo 18 del decreto No. 0723 de 2013). (persona natural). 4. El contratista dentro del monto del contrato debe garantizar los gastos de transporte, materiales, insumos de apoyo logístico necesarios para el desarrollo del objeto del contrato. 5. Dar cumplimiento a la Ley 594 del 2000 (Ley General de archivo). 6. Prestar los servicios con el personal y elementos propuestos, cualquier cambio será previamente autorizado por el Supervisor siempre que no sea de perfil inferior al ofertado. 7. Las actividades no se pueden realizar con personas o material que pueda interpretarse como mensajes de inclinación política, social, racial, religiosa o cualquier otro que pueda ofender o causar agravio a un grupo de personas. 8. Actuar de buena fe y diligentemente para con el supervisor del departamento y de la Gobernación del Meta; teniendo en cuenta que el Contratista se considera un colaborador del Estado en el cumplimiento de los fines sociales que busca la contratación, acorde con el estatuto contractual. Por lo cual, además deberá avisar oportunamente de aquellos aspectos que puedan generar obstáculo para el desarrollo de la prestación del servicio. 9. Entregar el informe de actividades al supervisor, dentro de los cinco (5) días siguientes, cumplido el periodo mensual de ejecución del contrato. 10. Suscribir Actas de Inicio, Finalización y/o Liquidación del contrato. 11. Cobrar los bienes y/o servicios suministrados y certificados por el Supervisor, con cargo al contrato de acuerdo al acápite FORMA DE PAGO, para lo cual deberá radicar cuenta, con todos los soportes documentales requeridos en los formatos del sistema integrado de Gestión de la Gobernación del Meta, publicados en la página web de la entidad. 	

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

12. Guardar la debida reserva y confidencialidad sobre los documentos que le sean entregados o tenga conocimiento con ocasión de la ejecución del contrato; así mismo abstenerse de hacer uso de la información de la población objeto, obtenida con ocasión o como consecuencia directa de la ejecución del contrato.
13. Pagar y asumir los impuestos a que haya lugar, así como las demás obligaciones legales y tributarias que le competan de acuerdo con el marco normativo.
14. Cumplir las disposiciones y lineamientos dados en favor de la prevención, eliminación de lesiones, enfermedades y víctima mortal por ocasión del trabajo en el marco legal aplicable a los trabajadores en términos de seguridad y salud en el trabajo.
15. Cumplir las disposiciones y directrices en favor de la prevención de la contaminación y la protección del medio ambiente a través del control adecuado de residuos y consumo responsable de recursos.
16. Conocer y dar cumplimiento a las políticas y procedimientos de seguridad de la información establecida por la organización, pertinente al desarrollo del objeto contractual, de conformidad con lo estipulado en el Sistema Integrado de Gestión.
17. Cargar en la plataforma del SECOP los documentos soporte de las cuentas de cobro junto con los informes de ejecución a más tardar dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la fecha de elaboración de la misma.
18. Las demás que por naturaleza del contrato se requieran en el transcurso del mismo.

Ambientales y De Seguridad y Salud En El Trabajo: (Transcribir del Estudio Previo)

1. Dar cumplimiento al Decreto 053 de 2020 que prohíbe la compra, utilización y suministro de plástico de un solo uso no biodegradable.
2. Adquirir y utilizar bienes y servicios amigables con el medio ambiente.
3. Aportar a los aspectos ambientales: Ahorro de energía (apagar equipos), ahorro de agua (utilizar sólo la necesaria) y ahorro de papel (hacer uso del correo e imprimir a doble cara y solo lo necesario).
4. Hacer disposición adecuada de residuos en puntos ecológicos (Blanco: Aprovechables, Verde: Orgánicos Aprovechables, Negro: No Aprovechables) y papeleras (Papel de Oficina).
5. Acatar las responsabilidades establecidas en el Decreto 1072 de 2015 artículo 2.2.4.2.2.16. Obligaciones del contratista. El contratista debe cumplir con las normas del Sistema General del Riesgos Laborales, en especial, las siguientes:
 - a. Procurar el cuidado integral de su salud.
 - b. Informar a los contratantes la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales.
 - c. Participar en las actividades de Prevención y Promoción organizadas por los contratantes, los Comités Paritarios de Seguridad y Salud en el Trabajo o Vigías Ocupacionales o la Administradora de Riesgos Laborales
 - d. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST.
 - e. Informar oportunamente a los contratantes toda novedad derivada del contrato
6. Cumplir lo establecido en el Decreto 1072 de 2015 artículo 2.2.4.2.2.18. Exámenes médicos ocupacionales y en el Decreto 723 de 2013 Artículo 18. Exámenes médicos ocupacionales, el cual establece que "las personas que tengan contrato formal de prestación de servicios en ejecución tendrán un plazo de seis (6) meses para practicarse examen preocupacional y allegar el certificado respectivo al contratante. Para los contratos que se suscriban con posterioridad a la

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

entrada en vigor del presente decreto dicho plazo aplicará a partir del perfeccionamiento del mismo

7. Conocer los riesgos de Seguridad y Salud en el Trabajo de sus actividades y aplicar las medidas establecidas para su control, matriz F-MC-20 IPVER "Identificación de peligros, valoración de riesgos y determinación de controles.

8. Informar oportunamente al supervisor de contrato y al área de seguridad y salud en el trabajo, la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo, enfermedades laborales, actos y condiciones subestándar, daños a la propiedad o al medio ambiente.

9. Realizar y promover pausas activas durante la jornada laboral.

10. Contribuir al cumplimiento de las políticas del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo y Sistema de Gestión Ambiental (Ambiente de trabajo libre de sustancias psicoactivas, alucinógenos, enervantes o que creen dependencia como cigarrillo, vapeadores o alcohol).

11. Cumplir con las normas de seguridad vial (uso adecuado del cinturón de seguridad, 11 casco, respetar límites de velocidad, entre otros)


Obligaciones Específicas del Contratista: (Transcribir del Estudio Previo)

1. Apoyar informe mensual de los análisis financieros relacionados con los impuestos departamentales con énfasis en el impuesto al consumo.
2. Apoyar la realización de los controles a inventarios de los distribuidores para verificar el proceso de estampillaje de los productos sujetos de impuesto al consumo.
3. Evaluar mediante la presentación de un informe mensual el comportamiento tributario de los grandes distribuidores de productos sujetos al impuesto al consumo en el departamento del Meta.
4. Realizar seguimiento financiero mensual de los contratos que se adelantaron en el marco del programa Anticontrabando, con el fin de dar cumplimiento al objeto del convenio interadministrativo N° PM 020 DE 2024 suscrito entre la Federación Nacional de Departamentos y el departamento del Meta, mediante lo proyectado en el plan de acción e inversión para el año 2025 y los saldos no ejecutados en la vigencia 2024.
5. Participar y desarrollar las actividades de capacitación y sensibilización entorno al programa anticontrabando.
6. Apoyar en la revisión y ajuste de los procedimientos en el desarrollo del proceso de fiscalización y ejecución del programa anticontrabando.
7. Mantener actualizado el archivo documental cumpliendo a la normatividad y organizar los documentos generados de conformidad a la tabla de retención documental (TRD) en lo proceso relacionados al objeto contractual.
8. Las demás que en transcurso del desarrollo del objeto del contrato de prestación de servicios profesionales requiera la gerencia de rentas.

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

N/A

Periodo de Pago:	Del	27/02/2026	Al	26/03/2026
-------------------------	-----	------------	----	------------

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

Tipo de Pago:	Anticipo	Parcial	X	Final	No. de Pago	2
----------------------	----------	---------	---	-------	-------------	---

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

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


Valor Total Autorizado a Pagar	
Valor Total Autorizado a Pagar (Letras y números, máximo 2 Decimales)	Cinco millones trescientos mil pesos m/cte (\$5.300.000,00)

No. R.P. A Afectar	Rubro Presupuestal	Clasificador Presupuestal	Valor a Afectar
749	0301-2.3.45.4599.1000.007.2.3.2.02.02.009-0	91119	\$ 5.300.000,00
Valor Total Autorizado a Pagar (números máximo 2 decimales)			\$ 5.300.000,00

Lugar donde se suministra los bienes o se presta el Servicio: (Según contrato)	
En los 29 Municipios del Departamento Del Meta.	
Municipio (Según Ejecución del Periodo de Pago)	Valor
Villavicencio	\$ 5.300.000,00
Valor Total Autorizado a Pagar (números máximo 2 decimales)	\$ 5.300.000,00
*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						
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						

 DEPARTAMENTO DEL META NIT 882 000 148-8	CERTIFICADO DEL SUPERVISOR AUTORIZANDO PAGO	CÓDIGO:	F-BS-16
		VERSIÓN:	06

Balance Financiero de Ejecución del Contrato Inicial				
Concepto	Periodo de Pago		Valor (Números máximo 2 Decimales)	% Ejecución Financiera
	DD/MM/AAAA			
	Del	Al		
Primer Pago	27/01/2026	26/02/2026	\$ 5.300.000,00	16,67%
Pago Autorizado en el presente informe segundo Pago	27/02/2026	26/03/2026	\$ 5.300.000,00	16,67%
Saldo del Contrato Pendiente por Ejecutar	27/03/2026	26/07/2026	\$ 21.200.000,00	66,66%
Valor Total del Contrato Inicial	27/01/2026	26/07/2026	\$ 31.800.000,00	100%


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

Balance Financiero de Ejecución de la Adición				
Concepto	Periodo de Pago		Valor (Números máximo 2 Decimales)	% Ejecución Financiera
	DD/MM/AAAA			
	Del	Al		
*Cuarto Pago	N/A	N/A	N/A	N/A
*Quinto Pago	N/A	N/A	N/A	N/A
Valor Total de la Adición	N/A	N/A	N/A	N/A

*Inserte o Elimine filas si requiere.
**Si no existe Adición diligencie casillas con N/A
***Diligenciar en orden cronológico.
****El número de pagos debe ser consecutivo, comienza en el balance financiero del contrato inicial y continúa en el balance financiero de la adición.

Valor Total del Contrato Inicial más la Adición	\$31.800.000,00
--	------------------------

Pago de Seguridad Social (Persona Natural)	Datos	Datos
Periodo Cotizado	FEBRERO 2026	FEBRERO 2026
Número de Planilla	84128797	6009321632
IBC (Ingreso Base de Cotización)	\$ 2.200.000	N/A
Valor pagado a SALUD	\$ 275.000	N/A
Valor pagado a PENSIÓN	\$ 352.000	N/A
Valor pagado a ARL	\$ 11.500	147.600
Valor pagado a FSP	N/A	N/A
*Inserte COLUMNA por cada planilla de pago		
**Si es persona JURÍDICA se diligencia con N/A		

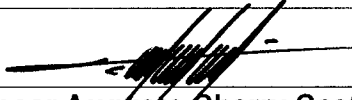
 DEPARTAMENTO DEL META NIT. 802.000.148-8	CERTIFICADO DEL SUPERVISOR AUTORIZANDO PAGO	CÓDIGO:	F-BS-16
		VERSIÓN:	06

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 veintisiete (27) días del mes de MARZO de 2026.

Cordialmente,

Firma:	
Nombre:	Cesar Augusto Charry Castellanos
Cargo:	Gerente de Rentas
	Supervisor

27 de MARZO de 2026

CUENTA DE COBRO N° 02

**DEPARTAMENTO DEL META
NIT. 892.000.148 - 8**

DEBE A:

PAOLA MARCELA ALVAREZ OCAMPO identificada con C.C. **40.440.762** de Villavicencio, Meta; la suma de **CINCO MILLONES TRESCIENTOS MIL PESOS (\$5.300.000,00 M/CTE)**, por concepto de contrato de prestación de servicios N° **0759** del **2026** con el objeto **“ESTABLECER LOS LINEAMIENTOS PROCEDIMENTALES PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA ANTICONTRABANDO DE LA FND, ORIENTADOS A POTENCIAR LA GESTIÓN DE ANTIEVASIÓN Y EL FORTALECIMIENTO DE LAS RENTAS DEPARTAMENTALES, CONSOLIDANDO UN ENTORNO DE LEGALIDAD EN EL DEPARTAMENTO DEL META.”**, labores ejecutadas en el municipio de Villavicencio del 27 de FEBRERO al 26 de MARZO del 2026.

MUNICIPIOS	NUMERO DE DÍAS	VALOR
Villavicencio	30	\$ 5.300,000,00
Valor total		\$ 5.300,000,00



PAOLA MARCELA ALVAREZ OCAMPO
CC. 40.440.762 de Villavicencio, Meta

Cel: 310 274 1543 Villavicencio - Meta

Transacción Aprobada

Su planilla ha sido enviada y pagada con éxito. Por favor imprima este comprobante como soporte del envío y pago de su planilla.



Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900089104-5
Razón Social del Operador de Información	Enlace Operativo
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2026-03-13, 11:59:05 AM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	febrero de 2026
Periodo de Cotización Para Salud	febrero de 2026
Empresa	PAOLA MARCELA ALVAREZ OCAMPO
CEDULA CIUDADANIA	CC 40440762
Código Sucursal (Nombre)	()
Referencia de Pago/ Número Planilla	84128797
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	137391121
Banco	(1007) - BANCOLOMBIA
Valor	\$ 638.500
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	www.suaporte.com.co

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intereses Mora
N800229739	230201	PROTECCION	1	\$ 352.000	\$ 0
N800130907	EPS002	SALUD TOTAL EPS	1	\$ 275.000	\$ 0
N860011153	14-23	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	1	\$ 11.500	\$ 0
SubTotales:				\$ 638.500	\$ 0
Total a Pagar:					\$ 638.500

Enlace Operativo no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar

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



DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
Nombre ó Razón Social	GOBERNACION DEL META		
Tipo Identificación	NIT	Número de Identificación	892000148
Ciudad/Municipio	VILLAVICENCIO	Departamento	META
Dirección	CRA 33 # 38 - 45	Teléfono	6818500
Tipo Empresa	PUBLICA	Actividad Económica	Actividades ejecutivas de la
Tipo Aportante	15-CONTRATANTE	Clase Aportante	A-MAS DE 200 COTIZANTES
Forma Presentación	SUCURSAL	Sucursal/Dependencia	2017 - CONTRATISTAS
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número Planilla	6009321632	Tipo de Planilla	Y-INDEPENDIENTES EMPRESAS
Periodo Cotización Otros	febrero / 2026	Periodo Cotización Salud	febrero / 2026
Días de Mora	0	Fecha Pago	2026/03/05
Número Autorización	115254017		

INFORMACIÓN BÁSICA			
Nombres	PAOLA MARCELA	Apellidos	ALVAREZ OCAMPO
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	40440762
Tipo cotizante	INDEPENDIENTE CONTRATO	Subtipo Cotizante	
Colombiano Temporalmente en el Exterior	NO	Extranjero no obligado a cotizar Pensión	NO
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO
Departamento	META	Municipio	VILLAVICENCIO
Salario Básico	\$ 2.120.000	Tipo de Salario	

NOVEDADES																
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
								X								

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL			
RIESGOS PROFESIONALES		Administradora	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE
Días	30	IBC	\$ 2.120.000
Clase de Riesgo	V	Tarifa	6,960 %
Centro de Trabajo	5	Total Aporte	\$ 147.600

TOTAL PAGADO:	\$ 147.600
----------------------	-------------------