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

Fecha de Elaboración del Reconocimiento:	**17 de abril de 2026**	**Periodo de Pago:**	**Del**	**26/02/2026**	**Al**	**25/03/2026**	
Contrato No. y Fecha:	**0784 del 24 enero de 2026**						
Contratista:	**JUAN BAUTISTA AYA ROZO**			**c.c. o Nit. No.**	**7.787.495**		
Representante Legal:	**N/A**			**c.c. No.**	**N/A**		
Tipo de Pago:	**Parcial**	**X**	**Final**		**Número de Pago:**	**02**	

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 • Planilla integrada en la que conste el pago de aporte y el IBC. (Persona Natural). • Esquema de presunción de costos, de acuerdo a lo establecido por el Ministerio de Salud y Protección Social y la UGPP. (Trabajadores independientes por cuenta propia o con contrato diferente a prestación de servicios) • Certificado expedido por el representante legal o revisor fiscal (Si está obligado a tenerlo), donde acredite que se encuentra a paz y salvo con aportes a seguridad social y parafiscales durante los últimos 6 meses, anexando tarjeta profesional, c.c. y antecedentes de la profesión vigentes del revisor fiscal (Persona Jurídica)	X	X	X	X
13	COPIA CERTIFICADO DE AFILIACIÓN ARL (Primer pago del contrato inicial, cesión, o prorroga) (Persona Natural)	N/A	N/A	N/A	N/A
14	INFORME DEL CONTRATISTA	N/A	X	X	X
G15	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):	**Cuatro millones quinientos mil pesos M/cte., ($4.500.000)**

Cordialmente,

Firma:		**Firma:**	
Nombre:	**INGRIHT XISLEY ACOSTA CARVAJAL**	**Nombre:**	**DIANA CAROLINA GUARNIZO RUDA**
Cargo:	Secretaria de Derechos humanos y paz	**Cargo:**	Profesional Universitaria 01
Ordenador del Gasto		**Supervisor**	

Firma:			
Nombre:	**Nelly Mosquera García**	**Laura Pachon**	**Paula Andrea Muñoz**
Cargo:	Gerente De Victimas	Profesional Cps 0388/2026	Profesional Universitario 03
Acción:	Revisión del Directivo	Revisión Jurídica	Revisión Financiera
Área Ordenadora del Gasto			

Secop. 2509 - 20-04-26.

Scanned with CamScanner

Juan Mg

	CERTIFICADO DEL BANCO DE PROGRAMAS Y PROYECTOS DE INVERSIÓN DEPARTAMENTAL – BPPID – EJECUCIÓN DE RECURSOS	CÓDIGO:	F-PE-19
		VERSIÓN:	01

9

EL DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE PLANEACIÓN DEPARTAMENTAL - DAPD
GERENCIA DE INVERSIÓN PÚBLICA Y BANCO DE PROYECTOS
DEL DEPARTAMENTO DEL META

En cumplimiento del Numeral 3.4.1.3 del Artículo 3° del Decreto 0460 de 2012 y el Artículo 20 del Decreto 032 de 2015,

Certifica que el Proyecto:

ASISTENCIA Y ATENCION INTEGRAL A LA POBLACIÓN VÍCTIMA DEL CONFLICTO ARMADO EN EL DEPARTAMENTO DEL META

Se encuentra registrado en el Banco de Programas y Proyectos de Inversión Departamental BPPID bajo el número: **2024005500069**

Observaciones: PROYECTO POAI-2026. Ajustado mediante decreto de liquidación No. 500 de 2025.

En la fecha 05 de enero de 2026, la Unidad Ejecutora ***SECRETARÍA DERECHOS HUMANOS Y PAZ*** ha solicitado certificación de Banco de Programas y Proyectos para ejecución de recursos, conforme a la siguiente información:

Estructura del Plan de Desarrollo "***El Gobierno de la Unidad 2024-2027***":

PILAR 1. SEGURIDAD TOTAL Y DERECHOS HUMANOS EN EL META. 1.1 EJE ESTRATÉGICO CIUDADANÍA SEGURA. 1.1.3 LÍNEA ESTRATÉGICA POBLACIÓN VÍCTIMA .	1.1.3.1 PROGRAMA ASISTENCIA Y ATENCIÓN INTEGRAL A LA POBLACIÓN VÍCTIMA DEL DEPARTAMENTO..	1.1.3.1.1 Subprograma Asistencia y atención .	Sector 41 - Inclusión social y reconciliación..	Meta 11031014104. Atender 16.000 solicitudes en los centros de atención integral a víctimas. .

1.Actividad o componente a ejecutar: *Mejorar condiciones de capacidad administrativa e institucional para la atención integral a la población víctimas y tramite de solicitudes.*
Objeto del gasto: *Fortalecer los procesos de articulación interinstitucional con el Sistema Nacional de Atención y Reparación Integral a las Víctimas en el departamento del Meta.* Valor: $27,000,000.00. Fuente de Financiación: 01 Impuesto de Registro - FONPET 20%

Certificación expedida en la ciudad de Villavicencio, en la fecha: 05 de enero de 2026

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

Elaboro: LUIS ALFONSO GOMEZ BONILLA

Scanned with CamScanner

	CERTIFICADO DEL SUPERVISOR AUTORIZANDO PAGO	CÓDIGO:	F-BS-16
		VERSIÓN:	06

Contrato No. y Fecha:	**0784 del 24 enero de 2025**		
Contratista: (Persona natural o jurídica que figura en el contrato.)	JUAN BAUTISTA AYA ROZO	**Nit. /c.c.**	7.787.495
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)	DIANA CAROLINA GUARNIZO RUDA	**C.C.**	1.010.177.888
Objeto: (Transcribir del contrato)			
"Fortalecer los procesos de articulación interinstitucional con el sistema nacional de Atención y reparación Integral a las Victimas en el departamento del Meta."			
Valor inicial del contrato: (Según Minuta) (Letras y Números)	Veintisiete millones de pesos m/cte., ($27.000.000)		
Término Inicial de Ejecución:	Seis (6) Meses		

Fecha de Inicio según Acta de Inicio:	26/01/2026	**Fecha Finalización según Acta de Inicio:**	25/07/2026

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		

Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DEL META NIT. 892 000 146-0	CERTIFICADO DEL SUPERVISOR AUTORIZANDO PAGO	CÓDIGO:	F-BS-16
		VERSIÓN:	06

*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 **Cuatro millones quinientos mil pesos m/cte. ($4.500.000)**, 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.

Registro Presupuestal (Contrato Inicial):

Número y Fecha:	920 de 26/01/2026	**Inversión**	X	**Funcionamiento**	
Rubro presupuestal:	0301 - 2. 3. 41. 4101.1500. 001. 2 .3. 2. 02. 02. 009 – 01				
Valor: (Letras y Números)	**Veintisiete millones de pesos m/cte., ($27.000.000)**				

*Realice copia de la tabla si tiene más de un Registro Presupuestal

Registro Presupuestal (Adición):

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

*Si no existen adiciones diligencie con N/A
** Realice copia de la tabla si se presenta más de una adición

Obligaciones Generales del Contratista: (Transcribir del Estudio Previo)

1. Acatar las sugerencias de la supervisión encaminadas a mejorar el proceso.
2. Garantizar la afiliación ante el sistema de seguridad social integral en los términos establecidos en la ley 100 de 1993, (EPS, Fondo de Pensiones y ARL) y presentar constancia de pago durante la ejecución del contrato, conforme al acápite de FORMA DE PAGO.
3. El contratista deberá allegar certificado médico de ingreso legible (tendrá vigencia máxima de tres (3) años y será válido para todos los contratos que suscriba el contratista, de acuerdo con lo establecido en el artículo 18 del decreto 723 de 2013). (Persona Natural).
4. El contratista dentro del monto del contrato debe garantizar los gastos de transporte, materiales, insumos de apoyo logístico necesarios para el desarrollo del objeto del contrato.
5. Dar cumplimiento a la Ley 594 del 2000 (Ley General de archivo).
6. Prestar los servicios con el personal y elementos propuestos, cualquier cambio será previamente autorizado por el Supervisor siempre que no sea de perfil inferior al ofertado.

Scanned with CamScanner

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

Obligaciones Específicas del Contratista: (Transcribir del Estudio Previo)

1. Elaborar un cronograma de trabajo previo, con actualización mensual, que permita evidenciar la planificación, organización y seguimiento de las actividades asignadas en el marco del contrato.
2. Definir un plan de trabajo para el seguimiento de las labores de los equipos, y garantizar acciones que promuevan la presencia institucional y del Sistema Nacional de Atención y Reparación a las Victimas - SNARIV en el CRAV de Villavicencio.
3. Coordinar espacios estratégicos y trabajar de manera articulada con las entidades que hacen presencia en el CRAV, orientado al fortalecimiento del servicio y la garantía de

Scanned with CamScanner

una atención integral y eficiente a la población víctima en el CRAV de Villavicencio. Se debe reportar las reuniones y acciones adelantadas de manera conjunta

4. Brindar asistencia técnica y operativa en los espacios de articulación y seguimiento de oferta institucional. Asi como a la Mesa de Seguimiento al Centro Regional de Atención a Víctimas CRAV. Debe rendir informes cuando se requiera, y acompañar o liderar las acciones derivadas de las mismas.
5. Asistir a las reuniones convocadas por la Gerencia de Victimas con el propósito de articular, revisar y realizar seguimiento a las actividades contractuales.
6. Acompañar los ejercicios de socialización de la oferta institucional, las actividades programadas y los procesos de orientación dirigidos a las víctimas del conflicto armado y proceso de restitución de tierras, conforme a las directrices establecidas por la Gerencia de Victimas y/o por el Sistema Nacional de Atención y Reparación Integral a las Victimas - SNARIV.
7. Efectuar inspecciones periódicas al Centro Regional de Atención a Víctimas - CRAV de Villavicencio, con el fin de evaluar el estado general de sus instalaciones y promover gestiones conjuntas orientadas asu mejoramiento. Producto: informe mensual de Novedades pertinentes para el buen mantenimiento del mismo, con criterios de optimización y eficiencia
8. Mantener comunicación permanente con la secretaria Administrativa de la Gobernación del Meta para coordinar aspectos técnicos. Así como, prestar apoyo en la recepción, remisión y control de las PQRs allegados de manera verbal, fisica o virtual en el Centro Regional de Atención a Víctimas.
9. Presentar de manera física y digital un informe mensual que consolide las acciones ejecutadas y la relación de personas atendidas, diligenciando los formatos de control de asistencia e indicando tipo de atención, número total de atenciones realizadas y caracterización de la población atendida. Producto 1: Reporte de Seguimiento a Proyectos de Inversión - SPI (formato F-TH-41 o el vigente en el Sistema Integral de Gestión de la Gobernación del Meta). Producto II: Reporte de base de datos y seguimiento al Plan de Acción Territorial - PAT, SIGO y RUSICST (formato suministrado por el Enlace de Victimas).
10. Ejecutar las actividades adicionales que sean inherentes al objeto del contrato y que sean asignadas por la Gerencia de Victimas o la Secretaría de Derechos Humanos y Paz.
11. Elaborar y entregar en medio físico el informe final que consolide el cumplimiento de cada una de las obligaciones contractuales durante la vigencia del contrato. junto con el archivo documental correspondiente. Producto: Informe final y archivo soporte.

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

N/A

Periodo de Pago:	Del	26/02/2026		Al	25/03/2026			
Tipo de Pago:	Anticipo		Parcial	X	Final		No. de Pago	02

No. de Comprobante de Entrada a Almacén:	**N/A**

Scanned with CamScanner

(Contratos cuando se requiera ingreso a almacén)	
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)	**Cuatro Millones Quinientos mil pesos m/cte. ($4.500.000)**

No. R.P. A Afectar	**Rubro Presupuestal**	**Clasificador Presupuestal**	**Valor a Afectar**
920	0301 - 2. 3. 41. 4101.1500. 001. 2 .3. 2. 02. 02. 009 – 01	91119	$4.500.000
Valor Total Autorizado a Pagar (números máximo 2 decimales)			$4.500.000

Lugar donde se suministra los bienes o se presta el Servicio: (Según contrato)	
En los 29 Municipio del Departamento del Meta	
Municipio (Según Ejecución del Periodo de Pago)	**Valor**
Villavicencio Meta	$4.500.000
Valor Total Autorizado a Pagar (números máximo 2 decimales)	$4.500.000
*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:	0%	**Observaciones:**	N/A

Amortización del Anticipo						
Concepto	**Valor Facturado**	**% Contrato Facturado**	**Saldo Contrato**	**Amortización Anticipo**	**% Anticipo Amortiza**	**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

Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DEL META NIT 892.099.149-8	CERTIFICADO DEL SUPERVISOR AUTORIZANDO PAGO	CÓDIGO:	F-BS-16
		VERSIÓN:	06

*Si no existe Anticipo diligencie casillas con N/A
**Inserte filas si requiere

Balance Financiero de Ejecución del Contrato Inicial				
Concepto	**Periodo de Pago** DD/MM/AAAA		**Valor** (Números máximo 2 Decimales)	**% Ejecución Financiera**
	Del	**Al**		
Primer Pago	26/01/2026	25/02/2026	$4.500.000	16.67%
Pago Autorizado en el Presente Informe	26/02/2026	25/03/2026	$4.500.000	16.67%
Saldo del Contrato Pendiente por Ejecutar	26/03/2026	25/07/2026	18.000.00	66,66
Valor Total del Contrato Inicial	**26/01/2026**	**25/07/2026**	**$27.00.000**	**100%**
*Inserte o Elimine filas si requiere. **Diligenciar en orden cronológico				

Balance Financiero de Ejecución de la Adición				
Concepto	**Periodo de Pago** DD/MM/AAAA		**Valor** (Números máximo 2 Decimales)	**% Ejecución Financiera**
	Del	**Al**		
Pago Autorizado en el Presente Informe	N/A	N/A	N/A	N/A
Saldo del Contrato Pendiente por Ejecutar	N/A	N/A	N/A	N/A
Valor Total de la Adición	N/A	N/A	N/A	N/A
*Inserte o Elimine filas si requiere. **Si no existe Adición diligencie casillas con N/A ***Diligenciar en orden cronológico. ****El número de pagos debe ser consecutivo, comienza en el balance financiero del contrato inicial y continúa en el balance financiero de la adición.				

Valor Total del Contrato Inicial más la Adición	**$27.000.000**

Pago de Seguridad Social (Persona Natural)		**Datos**
Periodo Cotizado	**Febrero 2026**	**Marzo 2026**
Número de Planilla	**9500157572**	**9502624069**
IBC (Ingreso Base de Cotización)	**$1.800.000**	**$1.800.000**

Scanned with CamScanner

DEPARTAMENTO DEL META NIT. 892 000 148-9	CERTIFICADO DEL SUPERVISOR AUTORIZANDO PAGO	CÓDIGO:	F-BS-16
		VERSIÓN:	06

Valor pagado a SALUD	**$226.500**	**$226.000**
Valor pagado a PENSIÓN	**$288.600**	**$288.000**
Valor pagado a ARL	**$18.900**	**$18.800**
Valor pagado a FSP	**N/A**	**N/A**
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 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 diecisiete (17) días del mes de abril de 2026

Cordialmente,

Firma:	Diana G.
Nombre:	DIANA CAROLINA GUARNIZO RUDA
Cargo:	Profesional Universitaria 01
Supervisor	

Scanned with CamScanner

CUENTA DE COBRO No. 02

LA GOBERNACIÓN DEL DEPARTAMENTO DEL META
NIT 892.000.148-8

DEBE A:

JUAN BAUTISTA AYA ROZO
C.C 7.787.495

Por concepto de: Segundo (02) pago al Contrato de prestación de servicios No. 0784 del año 2026, que tiene por objeto: **"Fortalecer los procesos de articulación interinstitucional con el sistema nacional de Atención y reparación Integral a las Victimas en el departamento del Meta."**

" La suma de: **Cuatro Millones Quinientos Mil pesos ($ 4.500.000) m/cte.,** que corresponde al periodo comprendido entre el 26 de febrero de 2026 y el 25 de marzo de 2026, por servicios prestados en el Departamento del Meta

Me acojo a lo establecido en el artículo 173 de la Ley 1450 de 2011, por lo tanto, declaro que los valores cancelados al Sistema de Seguridad Social correspondiente a los meses de febrero y marzo de 2026 no se han utilizado en ningún otro pago.

MUNICIPIO	NÚMERO DE DÍAS	VALOR DÍA CONTRATO	VALOR TOTAL
Villavicencio	30	$150.000,00	$4.500.000
VALOR TOTAL			**$4.500.000**

Dado en Villavicencio, el Diecisiete (17) días del mes de abril de 2026

JUAN BAUTISTA AYA ROZO
C.C 7.787.495

Scanned with CamScanner

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 7787495		AYA ROZO JUAN BAUTISTA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CASA 17 CONJUNTO ALAMEDA ROSABLANCA	VILLAVICENCIO-META	3402485	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-02	2026-02	171498380	95001575?2	I	2026/03/24	2026/03/27	NEQUI	3	$533,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
1	CC	7787495	AYA JUAN	250301	30	$1,800,000	$288,000	EPS037	30	$1,800,000	$223,000		0	$0	$0	14-22	30	$1,800,000	$18,800	0	$0	$0
Total	Afiliados(1)					$1,800,000	$388,000			$1,800,000	$223,000			$0	$0			$1,800,000	$18,800		$0	$0

Scanned with CamScanner

aportes en línea

Resumen General de Pago

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$288,000	$600	$0	$288,600
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$288,000	$600	$0	$288,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$18,800	$100	$0	$18,900
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$18,800	$100	$0	$18,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$225,000	$500	$0	$225,500
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$225,000	$500	$0	$225,500
TOTAL				1	$531,800	$1,200	$0	$533,000

Scanned with CamScanner

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 7787495		AYA ROZO JUAN BAUTISTA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CASA 17 CONJUNTO ALAMEDA ROSABLANCA	VILLAVICENCIO-META	3432485	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-03	2026-03	228560756	95026240 69	I	2026/04/24	2026/04/16	HEQUI	0	$531,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION			SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
1	CC	7787495	AYA JUAN	230301	30	$1,800,000	$288,000	EPS037	30	$1,800,000	$225,000		0	$0	$0	14-23	30	$1,800,000	$18,800	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$1,800,000	$288,000			$1,800,000	$225,000			$0	$0			$1,800,000	$18,800		$0	$0

Scanned with CamScanner

aportes en línea

Resumen General de Pago

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$288,000	$0	$0	$288,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$288,000	$0	$0	$288,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$18,800	$0	$0	$18,800
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$18,800	$0	$0	$18,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$225,000	$0	$0	$225,000
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$225,000	$0	$0	$225,000
TOTAL				1	$531,800	$0	$0	$531,800

Scanned with CamScanner