DEPARTAMENTO DEL META NIT 892 099 149-6	RECONOCIMIENTO Y PAGO PARA CONTRATOS O CONVENIOS (PAGO PARCIAL O FINAL)	CÓDIGO:	F-BS-15
		VERSIÓN:	6

Fecha de Elaboración del Reconocimiento:	06 MAY 2026	**Periodo de Pago:**	**Del**	**12/05/2025**	**Al**	**11/12/2025**	
Contrato No. y Fecha:	**1114 del 06 de mayo de 2025**						
Contratista:	**Cesar Augusto Herrera Morales**				**c.c. o Nit. No.**	**17.331.903**	
Representante Legal:	**N/A**				**c.c. No.**	**N/A**	
Tipo de Pago:	**Parcial**		**Final**	x	**Número de Pago:**	**01**	

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 23)	X	X	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. (Trabajadores independientes por cuenta propia o con contrato diferente a prestación de servicios) • Certificado expedido por el representante legal o revisor fiscal (Si está obligado a tenerlo), donde acredite que se encuentra a paz y salvo con aportes a seguridad social y parafiscales durante los últimos 6 meses, anexando tarjeta profesional, c.c. y antecedentes de la profesión vigentes del revisor fiscal (Persona Jurídica)	X	X	X	X
13	COPIA CERTIFICADO DE AFILIACIÓN ARL (Primer pago del contrato inicial, cesión, o prorroga) (Persona Natural)	N/A	N/A	N/A	N/A
14	INFORME DEL CONTRATISTA	N/A	X	X	X
15	INFORME DEL SUPERVISOR (F-BS-23)	N/A	X	X	X
16	ACTA DE FINALIZACIÓN (F-BS-17)	X	X	X	X
17	ACTA DE LIQUIDACIÓN (F-BS-34) (Nota 14 y 15)	X	X	X	X
18	ACTA PARCIAL DE OBRA Y/O RECIBO FINAL (Todos los pagos con proyectos de inversión y la adición)	N/A	N/A	N/A	N/A
19	SALIDA DE ALMACÉN – INSTALACIÓN DE BIENES (Firmada) (Para contratos de suministro) (Copia Hacienda – Original Jurídica)	N/A	N/A	N/A	N/A

Valor a Pagar (Letras y Números):	**Dos millones ochocientos veintiún mil cuatrocientos sesenta y cuatro pesos moneda corriente ($2.821.464)**

Cordialmente,

Firma:		**Firma:**	
Nombre:	**MARILUZ BERNAL VARGAS**	**Nombre:**	**LAURA JULIANA VELASQUEZ BERNAL**
Cargo:	Secretaria Administrativa	**Cargo:**	Gerente de Talento Humano
Ordenador del Gasto		**Supervisor**	

Firma:			
Nombre:	**LAURA JULIANA VELASQUEZ BERNAL**		
Cargo:	Gerente de Talento Humano		
Acción:	Revisión del Directivo del Área	Revisión Jurídica	Revisión Financiera

Secop. 3311 - 07-05-26

SIA
07 MAY 2026
OBSERVA 1

ARCHIVO G.A.C.S. 07-05-26

GOBERNACION DEL META

NIT. 892000148-8

REGISTRO PRESUPUESTAL DE COMPROMISOS

Registro No. **4743**

Vigencia: 2.025 **Fecha de Compromiso:** 7 de mayo de 2025

Beneficiario HERRERA MORALES CESAR AUGUSTO **Nit:** 17331903 - 8

No. C.D.P. : 1454 **Fecha de Expedición del C.D.P.:** 05 de marzo de 2025 **Con Formalidades Plenas**

Tipo de Compromiso Servicio

Contrato: 1114 **Fecha:**6/05/2025 **Vence:** 31/12/2025

Objeto: SERVICIO DE CARNETIZACION INSTITUCIONAL PARA LOS FUNCIONARIOS DE LA ADMINISTRACION CENTRAL DE LA GOBERNACION DEL DEPARTAMENTO DEL META

Cto.Utilidad : Secretaria Administrativa **Regional** DEPARTAMENTO DEL META

Identificación Presupuestal	Concepto		Valor
Gastos-Funcionamiento			
01 - 2.1.2.02.02.008 - 20	**Adquisición de servicios** Servicios prestados a las empresas y servicios de producción **Recurso Propio-Libre Destinación** Ingresos Corrientes de libre destinacion **Clasificadores** -83811	4.986.000,00	4.986.000,00
	Total Compromisos		$4.986.000,00

Programación de Pagos

Mes	Valor
Diciembre	$4.986.000,00
Valor Total Prog.	$4.986.000,00

JAIDY ELAIKA NIETO
Gerente de Presupuesto

Elaboró: CARLOSRINCON

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

Contrato No. y Fecha:	1114 del 06 de mayo de 2025		
Contratista: (Persona natural o jurídica que figura en el contrato.)	Cesar Augusto Herrera Morales	**Nit./c.c.**	17.331.903
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)	Rubén Darío Rueda Acosta (Del 12/05/2025 al 06/11/2025) Decreto 283 del 02/08/2022 Acta 143 del 02/08/2022	**c.c.**	17.333.826
	Rómulo Muñoz Echeverry (Del 07/11/2025 al 02/12/2025) Decreto 427 del 07/11/2025 Decreto 440 del 07/11/2025	**c.c.**	17.390.227
	Laura Juliana Velásquez Bernal (Del 03/12/2025 hasta la actualidad) Decreto 488 del 02/12/2025 Acta 036 del 03/12/2025	**c.c.**	1.121.896.732
Objeto: (Transcribir del contrato)			
Servicio de carnetización institucional para los funcionarios de la Administración Central de la Gobernación del departamento del Meta			
Valor inicial del contrato: (Según Minuta) (Letras y Números)	**Cuatro millones novecientos ochenta y seis mil pesos moneda corriente ($4.986.000)**		
Término Inicial de Ejecución:	Siete (7) meses		

Fecha de Inicio según Acta de Inicio:	12/05/2025	**Fecha Finalización según Acta de Inicio:**	11/12/2025

Modificaciones (Adiciones, Prórrogas, Suspensiones, Cesiones, Reinicios, Reducciones y Otras)			
Tipo de Modificación	**Valor de la Modificación** (Cuando Aplique)	**Fecha de expedición del documento**	**Tiempo de Modificación** (Cuando Aplique)
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: Un único pago equivalente al cien por ciento (100%) del valor del contrato, con el cumplimiento del 100% del objeto contratado; lo anterior previa factura con el lleno de los requisitos legales, acompañado de certificación sobre cumplimiento de ejecución del contrato que expida el supervisor designado, informe de actividades elaborado por el contratista, la certificación suscrita por el representante legal o revisor fiscal, según

corresponda del pago de obligaciones asumidas por parte del contratista por concepto de aportes parafiscales relativos al sistema de seguridad social integral, así como los propios del Sena, ICBF, y cajas de compensación familiar, cuando corresponda, acta de finalización y liquidación con los requisitos solicitados.

Registro Presupuestal (Contrato Inicial):					
Número y Fecha:	4743 del 07/05/2025	**Inversión**	N/A	**Funcionamiento**	X
Rubro presupuestal:	0301-2.1.2.02.02.008-20				
Valor: (Letras y Números)	**Cuatro millones novecientos ochenta y seis mil pesos moneda corriente ($4.986.000)**				
*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 el 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.
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 período mensual o parcial 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.
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.

AMBIENTALES Y DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO:

1. Evaluación de riesgos laborales: El proveedor deberá contar con una evaluación de riesgos que garantice que los trabajadores involucrados en la fabricación de los carnets están expuestos a condiciones de trabajo seguras. Esto incluye la identificación de riesgos de salud derivados de la maquinaria utilizada, el manejo de materiales, el trabajo con productos químicos o cualquier otro factor de riesgo.
2. Cumplimiento de normativas laborales: Es esencial que el proveedor cumpla con las normativas locales e internacionales sobre seguridad laboral, como la Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo, que regula aspectos relacionados con la protección de los trabajadores frente a accidentes laborales y enfermedades profesionales.
3. Equipos de protección personal (EPP): Los trabajadores de los proveedores deben contar con los EPP adecuados, tales como guantes, gafas de seguridad, mascarillas, etc., dependiendo de los riesgos específicos asociados con la producción de los carnets.
4. Accesibilidad y ergonomía: En el proceso de producción de los carnets, debe garantizarse que el puesto de trabajo sea ergonómico, minimizando riesgos de lesiones por movimientos repetitivos o posturas inadecuadas.

Obligaciones Específicas del Contratista: (Transcribir del Estudio Previo)

1. Realizar junto con el supervisor del contrato una vez se firme del acta de inicio un cronograma para la toma de fotografía a los funcionarios.
2. Efectuar la toma fotográfica a los funcionarios de las diferentes dependencias en un lugar adecuado, ofertado por este dentro del perímetro urbano del municipio de Villavicencio – Meta y/o en las instalaciones de la Gobernación del Meta.
3. Elaborar planilla con los datos básicos (nombre, cédula y dependencia) de los funcionarios a los cuales se le realiza la toma fotográfica.
4. Realizar retoque fotográfico antes de la elaboración de los carnets.
5. Elaborar los carnets requeridos de acuerdo con las características y especificaciones técnicas exigidas por la entidad en los tiempos establecidos.
6. Hacer la entrega de los carnets al supervisor del contrato, mediante acta de entrega con los siguientes datos: nombre, identificación y dependencia del funcionario, la cual deberá coincidir con la planilla de la toma fotográfica.
7. Garantizar la sustitución en caso de presentarse defectos en los carnets o errores en la información del mismo, dentro de los dos (2) días hábiles siguientes a la solicitud del supervisor.

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

N/A

Periodo de Pago:	Del	12/05/2025		Al	11/12/2025			
Tipo de Pago:	Anticipo		Parcial		Final	x	No. de Pago	01

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**

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

Valor Total Autorizado a Pagar	
Valor Total Autorizado a Pagar (Letras y números, máximo 2 Decimales)	**Dos millones ochocientos veintiun mil cuatrocientos sesenta y cuatro pesos moneda corriente ($2.821.464)**

No. R.P. A Afectar	**Rubro Presupuestal**	**Clasificador Presupuestal**	**Valor a Afectar**
4743	0301-2.1.2.02.02.008-20	83811	$2.821.464
Valor Total Autorizado a Pagar (números máximo 2 decimales)			**$2.821.464**

Lugar donde se suministra los bienes o se presta el Servicio: (Según contrato)	
En la ciudad de Villavicencio.	
Municipio (Según Ejecución del Periodo de Pago)	**Valor**
Villavicencio	$2.821.464
Valor Total Autorizado a Pagar (números máximo 2 decimales)	**$2.821.464**
*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						

Balance Financiero de Ejecución del Contrato Inicial				
Concepto	**Periodo de Pago** DD/MM/AAAA		**Valor** (Números máximo 2 Decimales)	**% Ejecución Financiera**
	Del	**Al**		
Pago Autorizado en el Presente Informe	12/05/2025	11/12/2025	$2.821.464	56,59%
Saldo del Contrato Pendiente por Ejecutar	N/A	N/A	$2.164.536	43,41%
Valor Total del Contrato Inicial	12/05/2025	11/12/2025	$4.986.000	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**		

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

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	**$4.986.000**

Pago de Seguridad Social (Persona Natural)	**Datos**							
Periodo Cotizado	**Mayo 2025**	**Junio 2025**	**Julio 2025**	**Agosto 2025**	**Septiembre 2025**	**Octubre 2025**	**Noviembre 2025**	**Diciembre 2025**
Número de Planilla	**86706667**	**87448590**	**88317218**	**89093338**	**89921643**	**90761463**	**91558189**	**92305190**
IBC (Ingreso Base de Cotización)	**$2.847.000**	**$2.847.000**	**$2.847.000**	**$2.847.000**	**$2.847.000**	**$2.847.000**	**$2.847.000**	**$2.847.000**
Valor pagado a SALUD	$357.600	$357.100	$357.900	$357.300	$357.000	$357.100	$357.700	$355.900
Valor pagado a PENSIÓN	$457.700	$457.100	$457.800	$457.400	$457.000	$457.100	$457.900	$455.600
Valor pagado a ARL	$15.000	$15.000	$15.000	$15.000	$15.000	$15.000	$15.000	$14.900
Valor pagado a FSP	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

*Inserte COLUMNA por cada planilla de pago
**Si es persona JURÍDICA se diligencia con N/A

Pago de Seguridad Social: (Persona Jurídica)	**Si N/A**
Certificado expedido por el Representante Legal o Revisor Fiscal	N/A
Si es Persona NATURAL se diligencia N/A	

Se expide como requisito esencial para que se efectúe el pago correspondiente.

Dado en Villavicencio, a los diecinueve (19) días del mes de Febrero de 2026.

Cordialmente,

Firma:	Juliana Velásquez
Nombre:	LAURA JULIANA VELÁSQUEZ BERNAL
Cargo:	Gerente de Talento Humano
	Supervisor

CESAR AUGUSTO HERRERA MORALES
C.C. 17.331.903

Villavicencio, 15 de diciembre de 2025

CUENTA DE COBRO No. 01

GOBERNACIÓN DEPARTAMENTO EL META
NIT.: 892.000.148-8

DEBE A:

CESAR AUGUSTO HERRERA MORALES
CC. 17.331.903 de Villavicencio

LA SUMA DE: Dos millones ochocientos veintiún mil cuatrocientos sesenta y cuatro pesos moneda corriente ($2.821.464)

OBJETO DEL CONTRATO: Servicio de carnetización institucional para los funcionarios de la Administración Central de la Gobernación del departamento del Meta.

No. DE CONTRATO: 1114 de 2025 Prestación de Servicios

PERIODO: Del 12/05/2025 al 11/12/2025.

LUGAR DE EJECUCIÓN: En la ciudad de Villavicencio

Municipio	Valor Total
Villavicencio	$ 2.821.464
Total	**$ 2.821.464**

Atentamente,

CESAR AUGUSTO HERRERA MORALES
CC. 17.331.903 de Villavicencio

Carrera 32 A # 35-74 Centro
Herrera_cesaraugusto@hotmail.com

	ACTA DE INICIO DE CONTRATO O CONVENIO	CÓDIGO:	F-BS-12
DEPARTAMENTO DEL META		VERSIÓN	4

ACTA DE INICIO DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No. 1114 DEL AÑO 2025 CELEBRADO ENTRE EL DEPARTAMENTO DEL META Y CESAR AUGUSTO HERRERA MORALES

Número de proceso en SECOP:	GCSJ-MC-015-2025		
Contrato No. y Fecha:	1114 de 06/05/2025		
Fecha Acta de Inicio:	12/05/2025		
Contratista:	Cesar Augusto Herrera Morales	**c.c. o Nit. No.**	17.331.903
Representante Legal:	N/A	**c.c. No.**	N/A
Supervisor:	Rubén Darío Rueda Acosta	**c.c. No.**	17.333.826
Objeto: (Transcribir del contrato o del documento que haga sus veces)			
Servicio de carnetización institucional para los funcionarios de la Administración Central de la Gobernación del Departamento del Meta.			
Valor Total del Contrato: (Letras y Números)	**Cuatro Millones Novecientos Ochenta y Seis Mil Pesos M/cte. ($4.986.000,00).**		
Término de Ejecución:	SIETE (7) MESES		
Fecha Inicio:	12/05/2025	**Fecha Finalización:**	11/12/2025

En la ciudad de Villavicencio, **RUBEN DARIO RUEDA ACOSTA,** Supervisor(a) delegado(a) mediante acto administrativo número 0957 de fecha 12/05/2025 e identificado(a) con cédula de ciudadanía número **17.333.826**, y **CESAR AUGUSTO HERRERA MORALES** identificado(a) con cédula de ciudadanía **17.331.903**, suscriben la presente Acta de Inicio, previa verificación de todos los documentos y requisitos legales, como Registro Presupuestal y aprobación de garantías.

Registro Presupuestal No. y Fecha de Expedición:	4743 de 07/05/2025
Fecha Inicio de Cobertura ARL:	N/A

De conformidad con lo establecido en el contrato se decide fijar el día 12/05/2025, como fecha de Inicio del contrato citado.

En constancia firman:

Firma:		
Nombre:	**CESAR AUGUSTO HERRERA MORALES**	**RUBEN DARIO RUEDA ACOSTA**
	Contratista	**Supervisor**

Firma:	
Nombre:	Deisy Albino
Cargo:	CPS-Talento Humano
Acción:	**Proyectó**

DEPARTAMENTO DEL META NIT. 892.000.148-8	COMUNICADO DE ACEPTACIÓN DE LA OFERTA SELECCIÓN DE MÍNIMA CUANTÍA	CÓDIGO:	F-BS-29
		VERSIÓN:	2

COMUNICADO DE ACEPTACIÓN DE LA OFERTA No. 1114 DEL AÑO 2025
(Decreto 1082 de 2015 Articulo 2.2.1.2.1.5.2)

Villavicencio, 06 MAY 2025

Señor:

Nombre completo del contratista:	**CESAR AUGUSTO HERRERA MORALES**
Nit. o Número del documento de Identificación	17331903
Representante Legal:	N/A
Número del documento de Identificación:	N/A
Dirección:	CRA. 32 A 35 74 CENTRO - Centro Villavicencio
Correo electrónico:	herrera_cesaraugusto@hotmail.com
Teléfono Fijo - Móvil:	3115144549
Ciudad:	Villavicencio

Referencia: Aceptación oferta Mínima Cuantía No. GCSJ-MC-015-2025

El Departamento del Meta, en desarrollo del proceso de contratación por la modalidad de Selección de Mínima Cuantía No. GCSJ-MC-015-2025 procede con el presente documento a aceptar la oferta presentada por usted el día 23 de abril de 2025.

De conformidad con lo establecido en el numeral d) del Artículo 94 de la ley 1474 de 2011, y Articulo 2.2.1.2.1.5.2. del Decreto 1082 de 2015, esta comunicación junto con la oferta, constituyen para todos los efectos el contrato celebrado.

A continuación, ponemos en su conocimiento las condiciones de la aceptación de la oferta, a las que se supedita la ejecución del objeto del contrato, sin perjuicio de lo señalado en los estudios y documentos previos, en la invitación y en la oferta, documentos que hacen parte integral del contrato.

La suscrita **ERIKA DEL PILAR ARIAS CUETO** mayor de edad, con domicilio en la ciudad de Villavicencio, identificado(a) con cédula de ciudadanía número 52.148.729 de Bogotá D.C, en calidad de Secretaria Administrativa del Departamento del Meta, nombrado(a) mediante Decreto No. 027 de fecha 04 de enero de 2024 y posesionado(a) según consta en el Acta No. 016 de fecha 04 de enero de 2024, facultado(a) para contratar en nombre y representación del Departamento del Meta mediante Decreto No. 075 de fecha 22 de mayo de 2020, teniendo en cuenta la evaluación jurídica, técnica y económica realizada por el comité asesor y evaluador designado mediante acto administrativo de fecha 07 de abril de 2025, encuentra que la oferta cumple con los requisitos habilitantes, es acorde al Estatuto Contractual Ley 80 de 1993 y que el proyecto se encuentra registrado en el Banco de Programas y Proyecto de Inversión Departamental BPPID bajo el número (N/A) según certificado expedido (N/A), conviene, para el DEPARTAMENTO suscribir el presente Comunicado de Aceptación de Oferta, bajo los siguientes términos:

No. CDP	Fecha Expedición	Trazador Presupuestal	No. CPC	Rubro Presupuestal	Situación (SSF – CFF aplica solo regalías)	Valor CDP	Valor a Ejecutar
1454	05/03/2025	N/A	83811	0301 – 2.1.2.02.02.008-20	N/A	$ 5.000.000,00	$ 4.986.000,00
TOTALES						$ 5.000.000,00	$ 4.986.000,00

OBJETO:

SERVICIO DE CARNETIZACIÓN INSTITUCIONAL PARA LOS FUNCIONARIOS DE LA ADMINISTRACIÓN CENTRAL DE LA GOBERNACIÓN DEL DEPARTAMENTO DEL META.

SECOPII

COMUNICADO DE ACEPTACIÓN DE LA OFERTA No. **DEL AÑO 2025**

(Decreto 1082 de 2015 Artículo 2.2.1.2.1.5.2)

TÉRMINO DE EJECUCIÓN

El contrato tendrá un término de ejecución de Siete (7) 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 cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y legalización.

VALOR DEL CONTRATO

CUATRO MILLONES NOVECIENTOS OCHENTA Y SEIS MIL PESOS M/CTE. **($ 4.986.000,00)**

FORMA DE PAGO

: EL DEPARTAMENTO pagará al contratista el valor de ejecución del contrato así: Un ÚNICO PAGO equivalente al cien por ciento (100%) del valor del contrato, con el cumplimiento del 100% del objeto contratado; lo anterior previa factura con el lleno de los requisitos legales, acompañado de certificación sobre cumplimiento de ejecución del contrato que expida el supervisor designado, informe de actividades elaborado por el contratista, la certificación suscrita por el representante legal o revisor fiscal, según corresponda del pago de obligaciones asumidas por parte del contratista por concepto de aportes parafiscales relativos al sistema de seguridad social integral, así como los propios del Sena, ICBF, y cajas de compensación familiar, cuando corresponda, acta de finalización y liquidación correspondiente con los requisitos solicitados

LUGAR DE EJECUCIÓN del presente contrato será

En la ciudad de Villavicencio

SUPERVISIÓN

El Departamento del Meta ejercerá la supervisión del presente contrato, a través del Ordenador del Gasto o quien este designe, 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 2021 por medio de la cual se Actualiza el Manual de Contratación, Interventoría y Supervisión 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.

GARANTÍAS

EL CONTRATISTA constituirá garantía que avale el cumplimiento de las obligaciones surgidas del contrato, la cual se mantendrá vigente durante la su vida y liquidación, se ajustará a los límites, exigencias y extensión

SECOP II

COMUNICADO DE ACEPTACIÓN DE LA OFERTA No. 1114 DEL AÑO 2025
(Decreto 1082 de 2015 Articulo 2.2.1.2.1.5.2)

del riesgo amparado. Las garantías consistirán en pólizas expedidas por compañías de seguros legalmente autorizadas para funcionar en Colombia. Para la ejecución del presente contrato se requiere de la aprobación de la garantía única que deberá amparar cada uno de los siguientes riesgos:

AMPARO	SUFICIENCIA	VIGENCIA (TÉRMINO)	APLICA - NO APLICA
Cumplimiento del Contrato	Por el Diez por ciento (10%) del valor total del contrato.	Igual a su ejecución y cuatro (4) meses más	APLICA
Calidad del Servicio	Por el Diez por ciento (10%) del valor total del contrato	Igual a su ejecución y cuatro (4) meses más	APLICA
Calidad y Correcto Funcionamiento de los Bienes	Por el Diez por ciento (10%) del valor total del contrato	Igual a su ejecución y cuatro (4) meses más	NO APLICA
Buen Manejo y Correcta Inversión del Anticipo	Igual al Cien por ciento (100%) del valor del anticipo	Igual a su ejecución y cuatro (4) meses más	NO APLICA
Pago de Salarios y Prestaciones Sociales	Por el Cinco por ciento (5%) del valor total del contrato	Igual a la vigencia del mismo y tres (3) años más	APLICA
Responsabilidad Civil Extracontractual	Por 200 SMMLV del valor contrato	Igual a su ejecución	NO APLICA

APROBACIÓN DE LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO: Las garantías exigidas por la entidad deberán ser ratificadas por acto aprobatorio, siempre y cuando reúnan las condiciones legales y reglamentarias propias de cada instrumento y ampare los riesgos establecidos en cada caso.

06 MAY 2025

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).

Firma:		Firma:	V.B. PARA PUBLICAR
Nombre:	ERIKA DEL PILAR ARIAS CUETO	Nombre:	JUAN PABLO REYES GONZALES
Cargo:	Secretaria Administrativa	Cargo:	JUAN PABLO REYES G. Gerente de Asuntos Contractuales
Ordenador del Gasto		Vo. Bo. para la publicidad en SECOP	

Firma:		Firma:	
Nombre:	Carlos Fabian Romero Arévalo	Nombre:	Sandra L Gómez Valbuena
Cargo:	Asesor Externo (Cps) – Secretaria Administrativa	Cargo:	Abogada (Cps) - Gerencia de asuntos Contractuales
Proyectó		Revisó	

DEPARTAMENTO DEL META
GERENCIA DE PRESUPUESTO
RECIBI
FECHA. 07 MAYO 2025
HORA.

SECOP II

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14900807600

(415)7707212489984(8020) 000001490080760 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 7 3 3 1 9 0 3	8	Impuestos y Aduanas de Villavicencio 2 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 7 3 3 1 9 0 3	

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

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
HERRERA	MORALES	CESAR	AUGUSTO

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla
HERRERA FOTO	

UBICACIÓN

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

41. Dirección principal: CR 32 A 35 74 BRR CENTRO

42. Correo electrónico: herrera_cesaraugusto@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 1 5 1 4 4 5 4 9	

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
7 4 2 0	2 0 0 5 0 9 1 5	1 8 1 1	2 0 1 5 0 9 1 5	5 8 1 3			1

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 5 2 2 4 9

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

22- Obligado a cumplir deberes formales a

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

54. Código: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 / 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

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

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 HERNANDEZ ORTIZ SANDRA MILENA

985. Cargo Gestor I

Fecha generación documento PDF: 29-10-2025 08:08:57AM

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	17331903	CESAR AUGUSTO HERRERA MORALES		CRA 32 A 35 74	3115144549	herrera.fotografia@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			META	VILLAVICENCIO		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-05	2025-05	I	11/06/2025	86706667	$830.300	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	355.900	0		0		0	7	1.700	0	357.600	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	455.600	0	0	0	0	7	2.100	0	457.700	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	14.900				14.900	7	100	15.000			149	15.000	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	7	0	0	0
ICBF				
0	7	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	355.900	357.600
Pensión	1	455.600	457.700
Riesgos Laborales	1	14.900	15.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	826.400	830.300

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	17331903	CESAR AUGUSTO HERRERA MORALES		CRA 32 A 35 74	3115144549	herrera.fotografia@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			META	VILLAVICENCIO		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-05	2025-05	I	11/06/2025	86706667	$830.300	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Colsenia	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	17331903	HERRERA MORALES CESAR AUGUSTO	57	0			N																	25-14	2.847.000	455.600	0	0	0	0	EPS017	2.847.000	355.900	14-23	2.847.000	I	14.900		0	0	0	0	0	0		

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	17331903	CESAR AUGUSTO HERRERA MORALES		CRA 32 A 35 74	3115144549	herrera.fotografia@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			META	VILLAVICENCIO		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-06	2025-06	I	07/07/2025	87448590	$829.200	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	355.900	0		0		0	5	1.200	0	357.100	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	455.600	0	0	0	0	5	1.500	0	457.100	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	14.900				14.900	5	100	15.000			149	15.000	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	5	0	0	0
ICBF				
0	5	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	355.900	357.100
Pensión	1	455.600	457.100
Riesgos Laborales	1	14.900	15.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	826.400	829.200

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	17331903	CESAR AUGUSTO HERRERA MORALES		CRA 32 A 35 74	3115144549	herrera.fotografia@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			META	VILLAVICENCIO		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-06	2025-06	I	07/07/2025	87448590	$829.200	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cotiz. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	corrección	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	17331903	HERRERA MORALES CESAR AUGUSTO	57	0			N																	25-14	2.847.000	455.600	0	0	0	0	EPS017	2.847.000	355.900	14-23	2.847.000	1	14.900		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	17331903	CESAR AUGUSTO HERRERA MORALES		CRA 32 A 35 74	3115144549	herrera.fotografia@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	I – Independiente			META	VILLAVICENCIO		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-07	2025-07	I	08/08/2025	88317218	$828.700	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	355.900	0		0		0	4	1.000	0	356.900	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	455.600	0	0	0	0	4	1.200	0	456.800	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	14.900				14.900	4	100	15.000			149	15.000	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	4	0	0	0
ICBF				
0	4	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	355.900	356.900
Pensión	1	455.600	456.800
Riesgos Laborales	1	14.900	15.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	826.400	828.700

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	17331903	CESAR AUGUSTO HERRERA MORALES		CRA 32 A 35 74	3115144549	herrera.fotografia@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			META	VILLAVICENCIO		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-07	2025-07	I	08/08/2025	88317218	$828.700	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cotiz. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	17331903	HERRERA MORALES CESAR AUGUSTO	57	0			N																	25-14	2.847.000	455.600	0	0	0	0	EPS017	2.847.000	355.900	14-23	2.847.000	1	14.900		0	0	0	0	0	0	0	

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	17331903	CESAR AUGUSTO HERRERA MORALES		CRA 32 A 35 74	3115144549	herrera.fotografia@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	I – Independiente			META	VILLAVICENCIO		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-08	2025-08	I	08/09/2025	89093338	$829.700	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	355.900	0		0		0	6	1.400	0	357.300	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	455.600	0	0	0	0	6	1.800	0	457.400	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	14.900				14.900	6	100	15.000			149	15.000	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	6	0	0	0
ICBF				
0	6	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoraa Reportadaa	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	355.900	357.300
Pensión	1	455.600	457.400
Riesgos Laborales	1	14.900	15.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	826.400	829.700

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	17331903	CESAR AUGUSTO HERRERA MORALES		CRA 32 A 35 74	3115144549	herrera.fotografia@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			META	VILLAVICENCIO		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-08	2025-08	I	08/09/2025	89093338	$829.700	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AFP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	17331903	HERRERA MORALES CESAR AUGUSTO	57	0			N																	25-14	2.847.000	455.600	0	0	0	0	EPS017	2.847.000	355.900	14-23	2.847.000	1	14.900		0	0	0	0	0	0	0	

PAGADA

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

AC

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	17331903	CESAR AUGUSTO HERRERA MORALES	CRA 32 A 35 74	3115144549	herrera.fotografia@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		META	VILLAVICENCIO		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-09	2025-09	I	07/10/2025	89921643	$829.000	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD												
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	355.900	0		0		0	5	1.100	0	357.000	1

TOTALES PENSIÓN											
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	455.600	0	0	0	0	5	1.400	0	457.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES														
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	14.900				14.900	5	100	15.000			149	15.000	1

TOTALES CAJAS						
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	5	0	0	0
ICBF				
0	5	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	355.900	357.000
Pensión	1	455.600	457.000
Riesgos Laborales	1	14.900	15.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	826.400	829.000

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	17331903	CESAR AUGUSTO HERRERA MORALES		CRA 32 A 35 74	3115144549	herrera.fotografia@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			META	VILLAVICENCIO		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-09	2025-09	I	07/10/2025	89921643	$829.000	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estudiante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	17331903	HERRERA MORALES CESAR AUGUSTO	57	0			N																	25-14	2.847.000	455.600	0	0	0	0	EPS017	2.847.000	355.900	14-23	2.847.000	I	14.900		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	17331903	CESAR AUGUSTO HERRERA MORALES		CRA 32 A 35 74	3115144549	herrera.fotografia@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	1 – Independiente			META	VILLAVICENCIO		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-10	2025-10	I	10/11/2025	90761463	$829.200	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD												
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	355.900	0		0		0	5	1.200	0	357.100	1

TOTALES PENSIÓN											
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	455.600	0	0	0	0	5	1.500	0	457.100	1

TOTALES RIESGOS LABORALES														
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	14.900				14.900	5	100	15.000			149	15.000	1

TOTALES CAJAS						
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	5	0	0	0
ICBF				
0	5	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	355.900	357.100
Pensión	1	455.600	457.100
Riesgos Laborales	1	14.900	15.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	826.400	829.200

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	17331903	CESAR AUGUSTO HERRERA MORALES		CRA 32 A 35 74	3115144549	herrera.fotografia@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			META	VILLAVICENCIO		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-10	2025-10	I	10/11/2025	90761463	$829.200	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																	PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cotiz. estudiar	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	17331903	HERRERA MORALES CESAR AUGUSTO	57	0			N																	25-14	2.847.000	455.600	0	0	0	0	EPS017	2.847.000	355.900	14-23	2.847.000	I	14.900		0	0	0	0	0	0	

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	17331903	CESAR AUGUSTO HERRERA MORALES		CRA 32 A 35 74	3115144549	herrera.fotografia@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			META	VILLAVICENCIO		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-11	2025-11	I	10/12/2025	91558189	$830.600	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	355.900	0		0		0	8	1.800	0	357.700	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	455.600	0	0	0	0	8	2.300	0	457.900	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	14.900				14.900	8	100	15.000			149	15.000	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	8	0	0	0
ICBF				
0	8	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	355.900	357.700
Pensión	1	455.600	457.900
Riesgos Laborales	1	14.900	15.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	826.400	830.600

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	17331903	CESAR AUGUSTO HERRERA MORALES		CRA 32 A 35 74	3115144549	herrera.fotografia@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			META	VILLAVICENCIO		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-11	2025-11	I	10/12/2025	91558189	$830.600	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	17331903	HERRERA MORALES CESAR AUGUSTO	57	0			N																	25-14	2.847.000	455.600	0	0	0	0	EPS017	2.847.000	355.800	14-23	2.847.000	1	14.900		0	0	0	0	0	0		

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	17331903	CESAR AUGUSTO HERRERA MORALES		CRA 32 A 35 74	3115144549	herrera.fotografia@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			META	VILLAVICENCIO		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-12	2025-12	I	12/12/2025	92305190	$826.400	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD												
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	355.900	0		0		0	0	0	0	355.900	1

TOTALES PENSIÓN											
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	455.600	0	0	0	0	0	0		455.600	1

TOTALES RIESGOS LABORALES														
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	14.900				14.900	0	0	14.900			149	14.900	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	355.900	355.900
Pensión	1	455.600	455.600
Riesgos Laborales	1	14.900	14.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	826.400	826.400

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	17331903	CESAR AUGUSTO HERRERA MORALES		CRA 32 A 35 74	3115144549	herrera.fotografia@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			META	VILLAVICENCIO		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-12	2025-12	I	12/12/2025	92305190	$826.400	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	INGRESO	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	17331903	HERRERA MORALES CESAR AUGUSTO	57	0			N																	25-14	2.847.000	455.600	0	0	0	0	EPS017	2.847.000	356.900	14-23	2.847.000	1	14.900		0	0	0	0	0	0	

PAGADA

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

RESOLUCIÓN No. 0957 DE 2025

"Por medio de la cual se delega una supervisión"

LA SECRETARIA ADMINISTRATIVA DEL DEPARTAMENTO DEL META

En uso de sus facultades constitucionales, legales e institucionales y

CONSIDERANDO

Que mediante el artículo tercero del Decreto 275 del 22 de mayo de 2020, se delega en los Secretarios de Despacho, la facultad de ordenar el gasto para suscribir todos los actos de las etapas precontractual, contractual, y postcontractual, sin consideración a la cuantía, lo cual incluye: Celebrar, firmar, suspender, prorrogar, adicionar, terminar y liquidar toda clase de contratos o convenios, la imposición de multas, declaratorias de caducidad e incumplimiento de los mismos, y cualquier otro que sea necesario para el ejercicio de la función contractual, que guarden relación con los asuntos, competencias y funciones asignadas a cada uno de sus despachos.

Que mediante Decreto No.027 del 04 de enero de 2024 y mediante Acta No.016 del 04 de enero de 2024; se nombró y posesionó respectivamente a la Secretaria Administrativa; lo que la faculta para contratar en nombre y representación del Departamento del Meta.

Que las entidades estatales tienen la obligación de asegurar el cumplimiento del objeto contractual de los contratos que celebren, para lo cual tendrán la dirección general y responsabilidad de ejercer el control y vigilancia de la ejecución del contrato (Numeral 1, Artículo 14 de la Ley 80 de 1993).

Que la supervisión de un contrato estatal consiste en *"(...) el seguimiento técnico, administrativo, financiero, contable y jurídico que, sobre el cumplimiento del objeto del contrato, es ejercido por la misma entidad estatal cuando no se requieren conocimientos especializados (...)" (Párrafo 2 del Artículo 83 de la Ley 1474 de 2011).* De esta manera, la supervisión es entendida como la vigilancia permanente ejercida por sus funcionarios, de todos los aspectos relacionados con el contrato estatal, que no sólo se predica de la ejecución de las obligaciones contractuales en la forma acordada, sino también de las etapas pre contractual y post contractual.

Que la Ley 1474 de 2011 por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública; buscando proteger la moralidad administrativa, prevenir la ocurrencia de actos de corrupción y tutelar la transparencia de la actividad contractual; enuncia obligatoriedad para las entidades públicas, de ejercer acciones orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención como investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública; y establece la importancia de las actividades ejercidas por la interventoría y supervisión dentro de la ejecución de los recursos públicos.

Que mediante el Decreto No.075 del 01 de marzo de 2021, se adopta el Manual de Contratación, supervisión e interventoría del Departamento del Meta, y se deroga el Decreto No.332 de 2016.

DEPARTAMENTO DEL **META**

NIT. 892.000.148-8

RESOLUCIÓN No. 0 9 5 7 DE 2025
"Por medio de la cual se delega una supervisión"

Que el día 02 de mayo de 2025, el DEPARTAMENTO DEL META, suscribió aceptación de la oferta presentada por el señor **CESAR AUGUSTO HERRERA MORALES** con NIT: No **17.331.903**; Lo anterior, dio origen al contrato de prestación de servicios No **1114 de 2025**, cuyo objeto es: **SERVICIO DE CARNETIZACIÓN INSTITUCIONAL PARA LOS FUNCIONARIOS DE LA ADMINISTRACIÓN CENTRAL DE LA GOBERNACIÓN DEL DEPARTAMENTO DEL META.**

RESUELVE

ARTÍCULO PRIMERO: Designar a partir del 12 de mayo de 2025, al Gerente de Talento Humano de la Secretaria Administrativa de la Gobernación del Departamento del Meta; para que actue como supervisor del contrato **1114 de 2025**, que tiene como objeto: **"SERVICIO DE CARNETIZACIÓN INSTITUCIONAL PARA LOS FUNCIONARIOS DE LA ADMINISTRACIÓN CENTRAL DE LA GOBERNACIÓN DEL DEPARTAMENTO DEL META."**, y cuyo contratista es el señor **CESAR AUGUSTO HERRERA MORALES** con NIT: No **17.331.903**

ARTÍCULO SEGUNDO: El supervisor deberá:

1. Rendir informes escritos los cuales deben contener el resumen del desarrollo del contrato.
2. Suscribir Actas de Inicio, Finalización y/o 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 2021 por medio de la cual se actualiza el Manual de Contratación, Interventoría y Supervisión del Departamento del Meta.
8. El supervisor deberá entregar en medio magnético la información de todo el proceso precontractual, contractual y pos contractual hasta la liquidación, (aplica para licitaciones, Selecciones Abreviadas y Concurso de Méritos).

RESOLUCIÓN No. 0957 DE 2025
"Por medio de la cual se delega una supervisión"

9. Publicar en la plataforma SECOP II, todos los documentos y actuaciones que hagan parte de la ejecución del contrato, hasta su liquidación

PARÁGRAFO: El formato original de esta resolución reposará en el archivo de la Secretaría Administrativa para los fines pertinentes.

Dada en Villavicencio, a los 12 MAY 2025

COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE

ERIKA DEL PILAR ARIAS CUETO
Secretaria Administrativa

Proyectó: Carlos Fabian Romero A.
Asesor Externo (CPS)
Secretaría Administrativa

Banco Caja Social
Su banco amigo.

UNA EMPRESA DE
FUNDACIÓN GRUPO SOCIAL

HACE CONSTAR:

Que el (los) cliente(s)

CESAR AUGUSTO HERRERA MORALES Identificado con CC 17331903

Actualmente tiene(n) el producto Cuenta Ahorros, radicado(a) en la oficina PLAZOLETA CENTAUROS, con las siguientes características:

Cuentamiga

Número:	24075968562
Fecha de apertura:	8 de Agosto de 2017
Condiciones de uso:	Individual, 1 firmas(s), 0 sello(s) húmedo(s) o de caucho, sin protector
Estado:	Cuenta activa

Esta constancia se expide con destino a quien pueda interesar, realizada en el Canal Digital de la ciudad de Bogotá, el día Martes, 10 de Febrero de 2026.

Cordialmente,

Vicepresidencia de Banca Masiva

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA | Banco Caja Social

DEPARTAMENTO DEL META NIT 892 099 149-8	ACTA DE FINALIZACIÓN DE CONTRATO O CONVENIO	CÓDIGO:	F-BS-17
		VERSIÓN:	5

ACTA DE FINALIZACIÓN DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. 1114 DEL AÑO 2025 CELEBRADO ENTRE EL DEPARTAMENTO DEL META Y CESAR AUGUSTO HERRERA MORALES

Contrato No. y Fecha:	1114 del 6 de mayo de 2025		
Registro Presupuestal No. y Fecha: (Relacione todos los Registros Presupuestales)	4743 del 7 de mayo de 2025		
Contratista:	Cesar Augusto Herrera Morales	**c.c. o Nit. No.**	17.331.903
Representante Legal:	N/A	**c.c. No.**	N/A
Supervisor:	Rubén Darío Rueda Acosta (Del 12/05/2025 al 06/11/2025) Decreto 283 del 02/08/2022 Acta 143 del 02/08/2022	**c.c.**	17.333.826
	Rómulo Muñoz Echeverry (Del 07/11/2025 al 02/12/2025) Decreto 427 del 07/11/2025 Decreto 440 del 07/11/2025	**c.c.**	17.390.227
	Laura Juliana Velásquez Bernal (Del 03/12/2025 hasta la actualidad) Decreto 488 del 02/12/2025 Acta 036 del 03/12/2025	**c.c.**	1.121.896.732

Objeto: (Transcribir del contrato o del documento que haga sus veces)			
Servicio de carnetización institucional para los funcionarios de la Administración Central de la Gobernación del departamento del Meta			
Valor Inicial del Contrato: (Letras y Números)	**Cuatro millones novecientos ochenta y seis mil pesos moneda corriente ($4.986.000)**		
Término Inicial de Ejecución:	Siete (07) meses		
Fecha de Inicio: Según Acta de Inicio	12/05/2025	**Fecha Finalización:** Según Acta de Inicio	11/12/2025

Modificaciones (Adiciones, Prórrogas, Suspensiones, Cesiones, Reinicios, Reducciones y Otras)			
Tipo de Modificación	**Valor de la Modificación** (Cuando Aplique)	**Fecha de expedición del documento**	**Tiempo de Modificación** (Cuando Aplique)
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			

En la ciudad de Villavicencio, la señora **LAURA JULIANA VELÁSQUEZ BERNAL,** Supervisor delegado identificado con cédula de ciudadanía número **1.121.896.732** y **CESAR AUGUSTO HERRERA MORALES** identificado con cédula de ciudadanía o Nit. número 17.331.903, suscriben la presente Acta de Finalización, previa verificación de todos los documentos y requisitos legales.

En constancia se firma, el once (11) del mes de diciembre de 2025.

Firma:		
Nombre:	**CESAR AUGUSTO HERRERA MORALES** Contratista	**LAURA JULIANA VELÁSQUEZ BERNAL** Supervisor

DEPARTAMENTO DEL META NIT. 892.000.148-8	MINUTA DE ACTA DE LIQUIDACIÓN BILATERAL DE CONTRATO O CONVENIO	CÓDIGO:	F-BS-34
		VERSIÓN:	01

ACTA DE LIQUIDACION BILATERAL DEL CONTRATO No. 1114 DE 2025, CELEBRADO ENTRE EL DEPARTAMENTO DEL META Y CESAR AUGUSTO HERRERA MORALES

CONTRATISTA:	Cesar Augusto Herrera Morales
SUPERVISOR O INTERVENTOR:	Rubén Darío Rueda Acosta (12/05/2025 al 06/11/2025) Decreto 283 del 02/08/2022 - Acta 143 del 02/08/2022 Rómulo Muñoz Echeverry (07/11/2025 al 02/12/2025) Decreto 427 del 07/11/2025 - Decreto 440 del 07/11/2025 Laura Juliana Velásquez Bernal (03/12/2025 al 11/12/2025) Decreto 488 del 02/12/2025 - Acta 036 del 03/12/2025
OBJETO DEL CONTRATO:	**Servicio de carnetización institucional para los funcionarios de la Administración Central de la Gobernación del departamento del Meta**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	Cuatro millones novecientos ochenta y seis mil pesos moneda corriente ($4.986.000)
REGISTRO PRESUPUESTAL:	4743 del 7 de mayo de 2025
PLAZO DE EJECUCIÓN:	Siete (07) meses
FECHA DE SUSCRIPCION DEL CONTRATO:	06 de mayo de 2025
FECHA DE INICIO:	12 de mayo de 2025
FECHA DE TERMINACIÓN:	11 de diciembre de 2025

MARILUZ BERNAL VARGAS identificada con cédula de ciudadanía número 1.121.875.933 de Villavicencio, **Secretaria Administrativa del Departamento del Meta,** nombrada mediante Decreto No. 424 del 6 de noviembre de 2025 y posesionada según consta en el Acta No. 017 de fecha 07 de noviembre de 2025, facultada para contratar en nombre y representación del Departamento del Meta mediante Decreto No. 275 del 22 de mayo de 2020, quien en adelante se denominará **EL DEPARTAMENTO**, por una parte, por otra parte **LAURA JULIANA VELASQUEZ BERNAL** mayor de edad, con domicilio en la ciudad de Villavicencio, identificada con la cédula de ciudadanía número 1.121.896.732 de Villavicencio, en calidad de supervisora, y de otra, **CESAR AUGUSTO HERRERA MORALES** identificado con la cédula de ciudadanía número 17.331.903, quien para efectos de la presente acta se denominará el **CONTRATISTA**, hemos convenido suscribir la presente acta de liquidación bilateral del contrato No 1114 de fecha 6 de Mayo de 2025, previa las consideraciones:

1) Que el día seis (06) de mayo de 2025, el **DEPARTAMENTO** y **CESAR AUGUSTO HERRERA MORALES** identificado con la cédula de ciudadanía número 17.331.903**,** suscribieron el contrato No. 1114 cuyo objeto consistió en **"Servicio de carnetización institucional para los funcionarios de la Administración Central de la Gobernación del departamento del Meta** por el valor de Cuatro millones novecientos ochenta y seis mil pesos moneda corriente ($4.986.000) con un término de ejecución de siete (07) meses.

2) Que mediante Acto Administrativo No. 0957 de fecha del 12 de mayo de 2025 se designó como supervisor al Gerente de Talento Humano del Departamento del Meta.

DEPARTAMENTO DEL META NIT. 892.000.148-8	MINUTA DE ACTA DE LIQUIDACIÓN BILATERAL DE CONTRATO O CONVENIO	CÓDIGO:	F-BS-34
		VERSIÓN:	01

ACTA DE LIQUIDACION BILATERAL DEL CONTRATO No. 1114 DE 2025, CELEBRADO ENTRE EL DEPARTAMENTO DEL META Y CESAR AUGUSTO HERRERA MORALES

3) Que el día doce (12) de mayo de 2025, el SUPERVISOR y el CONTRATISTA suscribieron acta de inicio del contrato N° 1114 de 2025

4) Que el día once (11) de Diciembre de 2025, las partes dieron por finalizado la ejecución del contrato 1114 de 2025, por cumplimiento del objeto del contrato.

5) Las actividades del objeto contractual fueron ejecutadas dentro del plazo pactado y recibidas a satisfacción por el Supervisor, señora **LAURA JULIANA VELASQUEZ BERNAL,** como consta en el acta de finalización del día once (11) de Diciembre del 2025.

6) El Contratista allegó las planillas de pagos de aportes al Sistema General de Seguridad Social Integral, cuya revisión fue realizada por el Supervisor, quien da fe en la presente acta de que los valores cancelados corresponden al porcentaje establecido por el Gobierno Nacional.

7) Que finalizado el tiempo programado para la ejecución del Contrato arriba descrito, suscribieron en la fecha once (11) de Diciembre del 2025 el Acta de finalización, previa verificación del cumplimiento del objeto y de las obligaciones contractuales, y de esta forma se declaró la terminación de la ejecución del acto contractual.

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

Póliza de Cumplimiento No.;	CV-100050618	**Fecha:**	06 de mayo de 2025
AMPAROS (De acuerdo a las exigencias del contrato):	**VIGENCIA**		**Valor asegurado**
	DESDE	HASTA	
Cumplimiento del contrato	12/05/2025	12/04/2026	$498.600
Calidad del servicio	12/05/2025	12/04/2026	$498.600
Prestaciones sociales	12/05/2025	12/12/2028	$249.300

Póliza Responsabilidad Civil Extracontractual No.;	N/A	**Fecha:**	N/A
AMPAROS	**VIGENCIA**		**Valor asegurado**
	DESDE	HASTA	
Predios labores y operaciones	N/A	N/A	N/A

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

TRAZABILIDAD DE LA EJECUCIÓN FINANCIERA				
CONCEPTO	**No. Comprobante de egreso**	**Valor**	**Periodo De pago** (aplica para mensualidades)	**Porcentaje de ejecución**

ACTA DE LIQUIDACION BILATERAL DEL CONTRATO No. 1114 DE 2025, CELEBRADO ENTRE EL DEPARTAMENTO DEL META Y CESAR AUGUSTO HERRERA MORALES

Anticipo	N/A	N/A	N/A	N/A
Primer pago	N/A	N/A	N/A	N/A
Primer Pago autorizado en la presente acta	N/A	$ 2.821.464	12/05/2025 al 11/12/2025	56,59%
Adición	N/A	N/A	N/A	N/A
Valor ejecutado	N/A	$ 2.821.424	12/05/2025 al 11/12/2025	56,59%
Valor no ejecutado	N/A	$2.164.536	11/12/2025 al 11/12/2025	43,41%
Sumatoria. Valor ejecutado + valor no ejecutado	N/A	$4.986.000	12/05/2025 al 11/12/2025	100%

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

BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO		
CONCEPTO	**DEBE**	**HABER**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO O CONVENIO:	$4.986.000	$0
(+) ADICIONES AL CONTRATO	$0	$0
(+) VALOR DE REAJUSTES O ACTUALIZACIONES	$0	$0
VALOR PAGADO ANTICIPO	$0	$0
Otros Pagos Parciales Efectuados Al Contratista	$0	$0
SALDO A FAVOR DEL CONTRATISTA	$0	$2.821.464
(-) VALOR NO EJECUTADO SALDO A FAVOR DEL DEPARTAMENTO	$0	$2.164.536
SUMAS IGUALES	$4.986.000	$4.986.000

TOTAL RECURSOS EJECUTADOS	$2.821.464
TOTAL RENDIMIENTOS FINANCIEROS	$0

En la presente Acta de liquidación se concluye que el contrato obtuvo una ejecución física del 56,59% y una ejecución financiera por valor de **$2.821.464** correspondiente al 56,59%.

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

DEPARTAMENTO DEL META NIT. 892.000.148-8	MINUTA DE ACTA DE LIQUIDACIÓN BILATERAL DE CONTRATO O CONVENIO	CÓDIGO:	F-BS-34
		VERSIÓN:	01

ACTA DE LIQUIDACION BILATERAL DEL CONTRATO No. 1114 DE 2025, CELEBRADO ENTRE EL DEPARTAMENTO DEL META Y CESAR AUGUSTO HERRERA MORALES

En constancia se firma a los tres (03) días del mes de febrero de 2026, la presente acta de liquidación bilateral por los intervinientes en Villavicencio en la fecha.

06 MAY 2026

MARILUZ BERNAL VARGAS	**CESAR AUGUSTO HERRERA MORALES**
Secretaria de Comunicaciones	**Contratista**

LAURA JULIANA VELASQUEZ BERNAL **SUPERVISOR**	**Vo. Bo. Para Publicación SECOP** **JUAN PABLO REYES GONZALEZ** **Gerente de Asuntos Contractuales**
V. B. Abogado Secretaria Jurídica	**V. Bo Financiero Secretaria Jurídica**

V.B. PARA PUBLICAR EN SECOP II

JUAN PABLO REYES G.

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

seguros mundial®

Digitally signed by COMPAÑIA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.
Date: 2026.04.23 14:26:56 -05:00

NIT 860.037.013-6
SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES
IVA REGIMEN COMÚN - AUTORETENEDORES

Código de Seguridad: ST0erJFo1Qg/txAlV6m1QA==

COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.
DIRECCIÓN GENERAL CALLE 33 N. 6B - 24 PISOS 1,2 Y 3 - BOGOTÁ
TELÉFONO 2855600 FAX 2851220 - **WWW.SEGUROSMUNDIAL.COM.CO**

ANEXO DE MODIFICACION DE POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO

ENTIDADES ESTATALES DECRETO 1082

VERSIÓN CLAUSULADO 30-05-2025 -1317-P-05-PPSUS2R000000059-D00I

No. PÓLIZA	CV-100050618	**No. ANEXO**	3	**No. CERTIFICADO**	24183504	**No. RIESGO**	
TIPO DE DOCUMENTO				**FECHA DE EXPEDICIÓN**	23/04/2026	**SUC. EXPEDIDORA**	AG.VILLAVICENCIO

VIGENCIA DESDE		VIGENCIA HASTA		DÍAS	VIGENCIA DEL CERTIFICADO DESDE		VIGENCIA DEL CERTIFICADO HASTA	
00:00 Horas Del	12/05/2025	24:00 Horas Del	12/12/2028		N/A	N/A	N/A	N/A

TOMADOR	HERRERA MORALES, CESAR AUGUSTO	**No. DOC. IDENTIDAD**	17331903
DIRECCIÓN	CRA 32A 35 74 BRR CENTRO	**TELÉFONO**	3115144549
ASEGURADO	DEPARTAMENTO DEL META	**No. DOC. IDENTIDAD**	892000148-8
DIRECCIÓN	KR 33 NRO 38 - 45 P 4	**TELÉFONO**	6818500
BENEFICIARIO	DEPARTAMENTO DEL META	**No. DOC. IDENTIDAD**	892000148-8
DIRECCIÓN	KR 33 NRO 38 - 45 P 4	**TELÉFONO**	6818500

OBJETO DE CONTRATO

**CON EL PRESENTE ANEXO Y SEGUN EL COMUNICADO DE ACEPTACION DE LA OFERTA N. 1114 DEL AÑO 2025, SE INCLUYE EL AMPARO DE PAGO DE SALARIOS Y PRESTACIONES SOCIALES.

LOS DEMAS TERMINOS Y/O CONDICIONES NO MODIFICADAS CONTINUAN VIGENTES
GARANTIZAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTENIDAS EN EL CONTRATO No.1114 DE 2025 , CUYO OBJETO ES

CONTRATO EN SECOP CO1.PCCNTR.7836711
SERVICIO DE CARNETIZACIÓN INSTITUCIONAL PARA LOS FUNCIONARIOS DE LA ADMINISTRACIÓN CENTRAL DE LA GOBERNACIÓN DEL DEPARTAMENTO DEL META

NOMBRE DEL AMPARO	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEGURADA$	VALOR PRIMA$
CUMPLIMIENTO	00:00 Horas Del 12/05/2025	24:00 Horas Del 12/04/2026	498.600,00	0,00
CALIDAD DEL SERVICIO	00:00 Horas Del 12/05/2025	24:00 Horas Del 12/04/2026	498.600,00	0,00
PRESTACIONES SOCIALES	00:00 Horas Del 12/05/2025	24:00 Horas Del 12/12/2028	249.300,00	35.789,92
		TOTAL ASEGURADO	$ 1.246.500,00	

INTERMEDIARIOS	TIPO	% PARTICIPACIÓN
ASESORES DE SEGUROS ADMINISTRATIVOS LTDA A	AGENCIAS	100,00

DISTRIBUCIÓN COASEGURO

COMPAÑÍA	TIPO COASEGURO	PÓLIZA LÍDER	CERTIF. LÍDER	% PARTICIPACIÓN

PRIMA BRUTA	$	35.789,92
DESCUENTOS	$	
EXTRA PRIMA		
PRIMA NETA	$	35.789,92
GASTOS EXP.	$	0,00
IVA	$	6.800,08
TOTAL A PAGAR	$	42.590,00

CONVENIO DE PAGO	DIRECTO EFECTIVO, Fecha de Pago: 23/04/2026

CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA

ES DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO DILIGENCIAR EL FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE, SUMINISTRAR INFORMACIÒN VERAZ Y VERIFICABLE Y REALIZAR ACTUALIZACIÓN DE DATOS POR LO MENOS ANUALMENTE (CIRCULAR EXTERNA 026 DE 2008 SUPERFINANCIERA).

CONSULTA LA AUTENTICIDAD DE ESTA PÓLIZA INGRESANDO A PRODUCTOS.MUNDIAL.SEGUROS.COM.CO DIGITA EL CÓDIGO DE SEGURIDAD QUE ENCUENTRAS EN LA PARTE SUPERIOR DE ESTE DOCUMENTO Y VIVE LA EXPERIENCIA DE ESTAR ASEGURADO CON EL RESPALDO DE SEGUROS MUNDIAL. TAMBIÉN PUEDES LLAMAR A LA LINEA NACIONAL 01 8000 111 935 - 327 47 12/13

EL TOMADOR Y/O ASEGURADO SEGÚN CORRESPONDA, SE COMPROMETE A PAGAR LA PRIMA DENTRO DE LOS 30 DÍAS CONTADOS A PARTIR DEL INICIO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA. DE ACUERDO CON EL ARTÍCULO 1068 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, MODIFICADO POR EL ARTÍCULO 82 DE LA LEY 45 DE 1990, **LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PRESENTE PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO A LA COMPAÑÍA DE SEGUROS PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS POR LA EXPEDICIÓN DE LA PÓLIZA.**
EN MI CALIDAD COMO TOMADOR DE LA PÓLIZA INDICADA EN ESTA CARATULA, MANIFIESTO EXPRESAMENTE QUE HE TENIDO A MI DISPOSICIÓN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA MANIFIESTO ADEMÁS, QUE DURANTE EL PROCESO DE NEGOCIACIÓN, ANTICIPADAMENTE ME HAN SIDO EXPLICADAS POR LA COMPAÑÍA Y/O POR EL INTERMEDIARIOS DE SEGUROS AQUÍ INDICADO, SOBRE LAS EXCLUSIONES Y ALCANCES Y CONTENIDOS DE LA COBERTURA, ASI COMO LAS GARANTÍAS, EN VIRTUD DE TAL ENTENDIMIENTO, LAS ACEPTO Y DECIDO TOMARLA PÓLIZA DE SEGUROS CONTENIDA EN ESTE DOCUMENTO.

Firma Autorizada - Compañía Mundial De Seguros S.A.
ANGELA MUNAR - VICEPRESIDENTE DE PRODUCTO

TOMADOR

Lineas de Atención al Cliente:
- Nacional: **01 8000 111 935**
- Bogotá: **327 4712 - 327 4713**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Cumplimos los sueños de nuestro planeta reciclando responsablemente.
Protege el medio ambiente evitando la impresión de este documento.

AFILIADOS A LA CÁMARA COLOMBIANA DE LA INFRAESTRUCTURA Y PALA - AHP

seguros mundial®

tu compañía siempre

NIT 860.037.013-6
SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES
A RÉGIMEN COMÚN - AUTORETENEDORES

COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.
DIRECCIÓN GENERAL CALLE 33 N. 6B - 24 PISOS 1, 2 Y 3 - BOGOTÁ
TELÉFONO: 2855600 FAX 2851220 - **WWW.SEGUROSMUNDIAL.COM.CO**

ANEXO DE MODIFICACION DE POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO

ENTIDADES ESTATALES DECRETO 1082

VERSION CLAUSULADO 30-05-2025 -1317-P-05-PPSUS2R000000059-D00I

PÓLIZA	CV-100050618	No. ANEXO	3	No. CERTIFICADO	24183504	No. RIESGO	
PO DE DOCUMENTO				FECHA DE EXPEDICIÓN	23/04/2026	SUC. EXPEDIDORA	AG.VILLAVICENCIO

VIGENCIA DESDE		VIGENCIA HASTA		DÍAS	VIGENCIA DEL CERTIFICADO DESDE		VIGENCIA DEL CERTIFICADO HASTA	
:00 Horas Del	12/05/2025	24:00 Horas Del	12/12/2028		N/A	N/A	N/A	N/A

CONDICIONES PARTICULARES

"Con la emisión de la póliza se entiende que se autoriza a Seguros Mundial para que realice gestión de cobranza en caso de que aplique, a través de los siguientes canales: correo electrónico, llamada, SMS y WhatsApp. No obstante, en cualquier momento podrá solicitar la exclusión de alguno estos canales por medio de:
Página web: www.segurosmundial.com.co
Correo electrónico: mundial@segurosmundial.com.co
Líneas de atención: Bogotá (+601) 3274712 - (+601) 3274713 Nacional 018000111935"

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Cumplimos los sueños de nuestro planeta reciclando responsablemente.
Protege el Medio Ambiente evitando la impresión de este documento.

AFILIADOS A LA CÁMARA COLOMBIANA DE LA INFRAESTRUCTURA Y PASA - APP

seguros mundial®

Aliados

CÁMARA COLOMBIANA DE LA INFRAESTRUCTURA

PASA APF
Asociación Panamericana de Fianzas
Panamerican Surety Association

LA COMPAÑIA MUNDIAL DE SEGUROS S.A

CERTIFICA:

Que la garantía de Cumplimiento contenida en la póliza **CV-100050618** y endoso, **3** cuyo afianzado es: **HERRERA MORALES, CESAR AUGUSTO** Asegurado o Beneficiario: **DEPARTAMENTO DEL META / DEPARTAMENTO DEL META** , expedida por la Compañía en **23/04/2026,** no expirará por falta de pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella o por revocación unilateral por parte del Tomador o de la Compañía.

AG.VILLAVICENCIO a los **23** días del mes **ABRIL** del año **2026.**

Firma Autorizada
Compañia mundial de Seguros S.A.

Mundial de Seguros S.A.
860.037.013-6

Recibo de Pago

- CLIENTE-

Fecha de Facturación	23/04/2026
ANEXO DE MODIFICACION DE POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDADES ESTATALES DECRETO 1082	
Póliza No.	CV-100050618
Periodo Facturado	12/05/2025 | 12/12/2028

Referencia de Pago No.	24183504
Fecha Limite de Pago	23/05/2026
Prima (incluye gastos de expedición)	35.789,92
IVA	6.800,08
VALOR TOTAL A PAGAR $	42.590,00

EFECTIVO $

Cheque

Banco	No Cuenta	No Cheque	Valor Cheque
TOTAL			

Datos del Cliente

Nombre / Razón Social	HERRERA MORALES, CESAR
CRA 32A 35 74 BRR CENTRO	17.331.903
Intermediario	ASESORES DE SEGUROS

Apreciado Cliente:

1. No se aceptan pagos parciales.
2. Al realizar su pago de forma presencial (ante el cajero del banco) **UNICAMENTE** presente esta boleta de recaudo para garantizar la correcta referenciación del pago.
3. Si esta boleta no ha sido recaudada efectivamente el se aplicará la clausula de terminación automática especifiada en el condicionado de la póliza y en la carátula de esta (artículo 1068 código de comercio)
4. Si realiza su pago en cheque o de forma mixta (efectivo y cheque), solamente gire cheque local a nombre de **PATRIMONIOS AUTÓNOMOS CREDICORP CAPITAL FIDUCIARIA NIt 900531292-7**, al respaldo endóselo correctame y diligencie los datos del girador (nombre, NIT, teléfono) y el número de referencia de esta boleta. En caso de devolución del cheque se cobrará sanción del 20% de acuerdo con lo establecido en el artículo 731 del código de comercio. **NO SE ACEPTAN CHEQUES DE OTRAS PLAZAS.**
5. Para realizar el pago a través del botón PSE, ingrese a nuestra página web **www.segurosmundial.com.co** en la imagen de PSE haga clic y continúe el proceso de pago.

ESPACIO PARA EL TIMBRE

VÁLIDO COMO RECIBO DE PAGO

- BANCO -

Referencia de Pago No.	24183504
Fecha Limite de Pago	23/05/2026
Prima (incluye gastos de expedición)	35.789,92
IVA	6.800,08
VALOR TOTAL A PAGAR $	42.590,00

Fecha de Facturación	23/04/2026
ANEXO DE MODIFICACION DE POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDADES ESTATALES DECRETO 1082	
Póliza No.	CV-100050618
Periodo Facturado	12/05/2025 | 12/12/2028

EFECTIVO $

Datos del Cliente

Nombre / Razón Social	HERRERA MORALES, CESAR
CRA 32A 35 74 BRR CENTRO	17.331.903
Intermediario	ASESORES DE SEGUROS

Cheque

Banco	No Cuenta	No Cheque	Valor Cheque
TOTAL			

Corresponsales OPCIÓN1

(415)7709998434219(8020)000000024183504(3900)000000042590(96)20260523

Bancos Corresponsales OPCIÓN 2

(415)7709998039933(8020)031594(8020)229900024183504(3900)000000042590(96)20260523

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Detalle del pago

Transaction ID:

57d87ee2-4373-4a1c-b360-567e0c5905f6

Creado: 4/24/26, 9:12 PM | Actualizado: 4/24/26, 9:14 PM

País: CO

Estado: APPROVED

Subestado: SYNC

Cliente: HERRERA MORALES CESAR AUGUSTO HERRERA MORALES CESAR AUGUSTO

Descripción : **Boleta de Pago No. :** 20260100195082
Polizas: null

Correo:

Valor venta

$42,590.00

Descargar Cerrar