



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

CÓDIGO: F-BS-15

VERSIÓN: 6

Fecha de Elaboración del Reconocimiento:	11/05/2026	Periodo de Pago:	Del 29/03/2026	Al 28/04/2026
Contrato No. y Fecha:	1067 del 29/01/2026			
Contratista:	CAMILA FERNANDA MONROY		c.c. o Nit. No.	40.403.329
Representante Legal:	N/A		c.c. No.	N/A
Tipo de Pago:	Parcial	X	Final	N/A
Número de Pago:	3			

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

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

Valor a Pagar (Letras y Números): Dos millones novecientos mil pesos (\$2.900.000) mcte

Cordialmente,

Firma:		Firma:	
Nombre:	ANDREA DIAZ RAMIREZ	Nombre:	JULIO ERNESTO GODOY DURAN
Cargo:	Secretaria de Salud del Meta (E) Ordenadora del Gasto	Cargo:	Profesional especializado Supervisor

Firma:		Firma:	
Nombre:	CRISTIAN CAMILO CESPEDES RAMOS	Nombre:	CRISTIAN CAMILO CESPEDES RAMOS
Cargo:	Gerente de Promoción y Prevención (E)	Cargo:	Gerente Administrativo de Salud
Acción:	Revisión del Directivo del Área	Acción:	Revisión Jurídica
		Acción:	Revisión Financiera

Secop 3541-13-05-26.



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

**EL DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE PLANEACIÓN DEPARTAMENTAL - DAPD
GERENCIA DE INVERSIÓN PÚBLICA Y BANCO DE PROYECTOS
DEL DEPARTAMENTO DEL META**
En cumplimiento del Numoral 3.4.1.3 del Artículo 3° del Decreto 0460 de 2012 y el Artículo 20 del Decreto 032 de 2015,

Certifica que el Proyecto:

FORTALECIMIENTO INTEGRAL DE LA GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA EN EL DEPARTAMENTO DEL META - SUBCUENTA SALUD PUBLICA COLECTIVA

Se encuentra registrado en el Banco de Programas y Proyectos de Inversión Departamental BPPID bajo el número: **202500000028475**

Observaciones: POAI 2026 - AJUSTADO A DECRETO DE LIQUIDACION 500 DE 2025.

En la fecha 16 de enero de 2026, la Unidad Ejecutora **SECRETARÍA DE SALUD** ha solicitado certificación de Banco de Programas y Proyectos para ejecución de recursos, conforme a la siguiente información:

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

PILAR 4. DESARROLLO SOCIAL PARA LA UNIDAD DEL META. 4.1 EJE ESTRATÉGICO PRIMERO LO SOCIAL. 4.1.7 LÍNEA ESTRATÉGICA SALUD PARA EL META.	4.1.7.2 PROGRAMA SALUD PÚBLICA PARA MEJORAR LA SALUD DE LAS POBLACIONES.	4.1.7.2.8 Subprograma Enfermedades transmisibles	Sector 19 - Salud y protección social.	Meta 41072001904. Implementar en los 29 municipios procesos de asistencia técnica en las disposiciones del programa de enfermedades transmitidas por vectores y, de otras enfermedades transmisibles.
--	--	--	--	---

1. Actividad o componente a ejecutar: *Ejecutar procesos de asistencia técnica en los municipios y los actores del SGSSS y dispersar insumos estratégicos en salud pública.*

Objeto del gasto: *Realizar procesos de asistencia operativa sobre las disposiciones del programa de enfermedades transmitidas por vectores y otras enfermedades transmisibles, dirigidos a las personas, familias y comunidades, conforme a los lineamientos nacionales vigentes.*

Valor: \$69,600,000.00. Fuente de Financiación: 32 SGP - Salud Publica

Y con base en la solicitud remitida por el Dra. Ana Zenit Argote Pérez -- Secretaria de Salud, entidad responsable del proyecto y respaldada por los anexos debidamente avalados por la mencionada secretaria y con los soportes presentados, disponibles en la carpeta del proyecto

Obras o actividades adicionales: NO


Certificación expedida en la ciudad de Villavicencio, en la fecha: 16 de enero de 2026

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

Elaboro: CLARA POVEDA ROA - 6



BANCO DE PROGRAMAS Y PROYECTOS DE INVERSIÓN DEPARTAMENTAL

 DEPARTAMENTO DEL META NIT. 910 000 149 8	CERTIFICADO DEL SUPERVISOR AUTORIZANDO PAGO	CÓDIGO:	F-BS-16
		VERSIÓN:	06

Contrato No. y Fecha:	1067 del 29/01/2026		
Contratista: (Persona natural o jurídica que figura en el contrato.)	Camila Fernanda Monroy	Nit./c.c.	40.403.329
Representante Legal: (Soló para persona jurídica)	N/A	c.c.	N/A
Supervisor:	Julio Ernesto Godoy Duran		40.403.329
Objeto: (Transcribir del contrato)			
Realizar procesos de asistencia operativa sobre las disposiciones del programa de enfermedades transmitidas por vectores y otras enfermedades transmisibles dirigidos a las personas, familias y comunidades, conforme a los lineamientos nacionales vigentes			
Valor inicial del contrato: (Según Minuta) (Letras y Números)	Diecisiete millones cuatrocientos mil pesos (\$17.400.000)		
Término Inicial de Ejecución:	.seis (6) meses		

Fecha de Inicio según Acta de Inicio:	29/01/2026	Fecha Finalización según Acta de Inicio:	28/07/2026
--	------------	---	------------


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

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		

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: Siete (7) mensualidades vencidas, cada una por valor de dos millones novecientos mil pesos (\$2.900.000) mcte. , previa certificación de cumplimientos expedido por el supervisor y acreditación de que se encuentra a paz y salvo el contratista con los aportes al Sistema Integral de Seguridad Social (EPS; Fondo de pensiones y ARL) y demás requisitos que le sean aplicables.

Registro Presupuestal (Contrato Inicial):			
Número y Fecha:	1677 del 29/01/2026	Inversión	X
Rubro presupuestal:	030302-2.3.19.1905.0300.008.2.3.2.02.02.008-32		
Valor: (Letras y Números)	Diecisiete millones cuatrocientos mil pesos (\$17.400.000)		

Registro Presupuestal (Adición):			
Número y Fecha:	N/A	Inversión	N/A
		Funcionamiento	N/A

 DEPARTAMENTO DEL META NTF 352.200-149.8	CERTIFICADO DEL SUPERVISOR AUTORIZANDO PAGO	CÓDIGO:	F-BS-16
		VERSIÓN:	06

Rubro presupuestal:	N/A
Valor: (Letras y Números)	N/A

Obligaciones Generales del Contratista: (Transcribir del Estudio Previo)	
1.	Acatar las sugerencias de la supervisión encaminadas a mejorar el proceso.
2.	Garantizar la afiliación ante el sistema de seguridad social integral en los términos establecidos en la ley 100 de 1993, (EPS, Fondo de Pensiones y ARL) y presentar constancia de pago durante la ejecución del contrato, conforme al acápite de FORMA DE PAGO.
3.	El contratista deberá allegar certificado médico de ingreso legible (tendrá vigencia máxima de tres (3) años y será válido para todos los contratos que suscriba el contratista, de acuerdo con lo establecido en el artículo 18 del decreto 723 de 2013). (Persona Natural).
4.	El contratista dentro del monto del contrato debe garantizar los gastos de transporte, materiales, insumos de apoyo logístico necesarios para el desarrollo del objeto del contrato.
5.	Dar cumplimiento a la Ley 594 del 2000 (Ley General de archivo).
6.	Prestar los servicios con el personal y elementos propuestos, cualquier cambio será previamente autorizado por el Supervisor siempre que no sea de perfil inferior al ofertado.
7.	Las actividades no se pueden realizar con personas o material que pueda interpretarse como mensajes de inclinación política, social, racial, religiosa o cualquier otro que pueda ofender o causar agravio a un grupo de personas.
8.	Actuar de buena fe y diligentemente para con el supervisor del departamento y de la Gobernación del Meta; teniendo en cuenta que el Contratista se considera un colaborador del Estado en el cumplimiento de los fines sociales que busca la contratación, acorde con el estatuto contractual. Por lo cual, además deberá avisar oportunamente de aquellos aspectos que puedan generar obstáculo para el desarrollo de la prestación del servicio.
9.	Entregar el informe de actividades al supervisor, dentro de los cinco (5) días siguientes, cumplido el periodo mensual de ejecución del contrato.
10.	Suscribir Actas de Inicio, Finalización y/o Liquidación del contrato.
11.	Cobrar los bienes y/o servicios suministrados y certificados por el Supervisor, con cargo al contrato de acuerdo con el acápite FORMA DE PAGO, para lo cual deberá radicar cuenta, con todos los soportes documentales requeridos en los formatos del Sistema Integrado de Gestión de la Gobernación del Meta, publicados en la página web de la entidad.
12.	Guardar la debida reserva y confidencialidad sobre los documentos que le sean entregados o tenga conocimiento con ocasión de la ejecución del contrato; así mismo abstenerse de hacer uso de la información de la población objeto, obtenida con ocasión o como consecuencia directa de la ejecución del contrato.
13.	Pagar y asumir los impuestos a que haya lugar, así como las demás obligaciones legales y tributarias que le competan de acuerdo con el marco normativo.
14.	Cumplir las disposiciones y lineamientos dados en favor de la prevención, eliminación de lesiones, enfermedades y víctima mortal por ocasión del trabajo en el marco legal aplicable a los trabajadores en términos de seguridad y salud en el trabajo.
15.	Cumplir las disposiciones y directrices en favor de la prevención de la contaminación y la protección del medio ambiente a través del control adecuado de residuos y consumo responsable de recursos.
16.	Conocer y dar cumplimiento a las políticas y procedimientos de seguridad de la información establecida por la organización, pertinente al desarrollo del objeto contractual, de conformidad con lo estipulado en el Sistema Integrado de Gestión.
17.	Cargar en la plataforma del SECOP los documentos soporte de la cuenta de cobro junto con los informes de ejecución a más tardar dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la fecha de elaboración de la misma.
18.	Las demás que por naturaleza del contrato se requieran en el transcurso del mismo.
Obligaciones Específicas del Contratista: (Transcribir del Estudio Previo)	



**CERTIFICADO DEL SUPERVISOR
AUTORIZANDO PAGO**

CÓDIGO:

F-BS-16

VERSIÓN:

06

Ítem.	ACTIVIDAD	PRODUCTO	PERIODICIDAD	SOPORTE
1	Elaborar y presentar al supervisor un plan de trabajo detallado que contemple las actividades, metas, cronograma y recursos necesarios para la implementación durante el periodo contractual, alineado con los lineamientos nacionales y departamentales.	Plan de trabajo del contratista del Programa	1.Elaboración y presentación del plan de trabajo: Dentro de los primeros 15 días del periodo contractual. 2. Revisión y ajustes del plan: Según necesidades, con informes trimestral	1. Documento del plan de trabajo con fecha y firma del responsable y aprobación del supervisor
2	Articular las actividades asignadas correspondientes al programa ETV, con el ente territorial del Municipio asignado, con la finalidad de concurrir en el desarrollo de las actividades encaminadas a mitigar o disminuir las ETV de competencia del departamento.	1.Actividades concertadas y coordinadas en el Municipio e IPS asignada durante la ejecución del contrato. 2.Cronograma de actividades IEC de forma mensual	Mensual	1.Actas de reunión, lista de asistencia y registro fotográfico
3	Efectuar inspecciones en los entornos: hogar, educativo, institucional y comunitario, con la finalidad de desarrollar actividades de: <ul style="list-style-type: none"> • Información, educación y capacitación IEC. • Inspección técnica para establecer factores de riesgo, criaderos y focos de vectores. • Tratamiento químico con biolavativas o adulticidas según se requiera. • Reordenar el espacio, a través de la recolección de inservibles Como evidencia de la eliminación otros factores de riesgo que favorezcan la aparición de criaderos de mosquitos. 	1.La captura de información en los medios electrónicos dispuestos para ello o los formatos indicados en caso de requerirse. 2.Levantar actas de visita en los casos que aplique. 3.Realizar registro fotográfico. 4.Recolectar material biológico para estudio entomológico si es el caso.	Mensual de acuerdo a programación realizada a partir de la articulación con el municipio	1.Información capturada en medio digital o manual. 2.Actas de visita, lista de asistencia, registro fotográfico.
4	Seguimiento de casos de dengue hospitalizados: visitas a las viviendas de los pacientes para la ejecución de acciones de inspección, control y reordenamiento del espacio físico en el entorno hogar, de acuerdo al reporte efectuado por el ente territorial, la IPS o la Secretaría de salud, dando	1.Diligenciar formatos establecidos. 2.Realizar las actividades que complementarias que amerite de acuerdo con la evaluación realizada de la situación.	100% de seguimientos de casos de dengues graves y mortalidades presentados en el mes. 100 % Seguimientos a casos de dengues hospitalizados de acuerdo a programación efectuada	1.Formatos de seguimiento a casos diligenciados. 2. Información capturada en medio digital o manual.

 DEPARTAMENTO DEL META NET 852.000-149-B	CERTIFICADO DEL SUPERVISOR AUTORIZANDO PAGO	CÓDIGO:	F-BS-16
		VERSIÓN:	06


	prioridad a los casos de dengues graves y mortalidades.			
5	Participar en el levantamiento de los índices entomológicos en el Municipio asignado, para ello utilizar la metodología indicada y los recursos dispuestos para la actividad.	1.Realizar la captura de información en los medios electrónicos dispuestos para ello o los formatos indicados en caso de requerirse. 2.Reportar la información de manera oportuna y entregar el material entomológico de acuerdo a lo indicado 3.Elaborar el reporte técnico de la actividad en el formato establecido para ello.	Índice entomológico realizado de acuerdo a programación presentada y a la participación asignada	1.Formatos de seguimiento a casos diligenciados. 2. Información capturada en medio digital o manual.
6	Elaborar informes mensuales o con la periodicidad requerida de acuerdo a los formatos establecidos y tiempos determinados para ello según lo solicitado por referente del programa,	1.Informe técnico consolidado de todas las actividades contractuales realizadas al mes. 2.Participar en la consolidación y generación de los informes requeridos por el programa.	100% de informes mensuales elaborados en el formato indicado y entregados en el tiempo estipulado. Entrega de informes solicitados por el referente del programa	1.Informes mensuales de actividades 2.Informes solicitados por el referente del programa
7	Participar en las reuniones presenciales o virtuales convocadas por la Gerencia de Promoción y Prevención y/o la Coordinación del Programa ETV, de acuerdo a necesidades y requerimientos.	Realizar aportes acordes al desarrollo de la reunión	100% de las reuniones convocadas	1.Actas de reunión Lista de asistencia, registro fotográfico
8	Hacer entrega de los documentos generados al supervisor del contrato de acuerdo al Procedimiento para la Organización de Archivos (P-RF-13). Asistencia a reuniones de capacitación y seguimiento	Documentos de documentos físicos para ser digitalizados	Mensual	1. actas de reunión. 2. Informes técnicos.
9	Las demás que surjan para la correcta ejecución de las obligaciones contractuales	Informe técnico por cada actividad asignada	Mensual y de acuerdo a la asignación de la actividad a realizar	Actas de Reunión, informe técnico durante el periodo contractual

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

N/A

Periodo de Pago:	Del	29/03/2026	Al	28/04/2026				
Tipo de Pago:	Anticipo	N/A	Parcial	<input checked="" type="checkbox"/>	Final	N/A	No. de Pago	3

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

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

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

Valor Total Autorizado a Pagar	
Valor Total Autorizado a Pagar (Letras y números, máximo 2 Decimales)	Dos millones novecientos mil pesos (\$2.900.000) mcte


No. R.P. A Afectar	Rubro Presupuestal	Clasificador Presupuestal	Valor a Afectar
1677	030302-2.3.19.1905.0300.008.2.3.2.02.02.008-32	83111	\$2.900.000
Valor Total Autorizado a Pagar (números máximo 2 decimales)			\$2.900.000

Lugar donde se suministra los bienes o se presta el Servicio: (Según contrato)	
En los 29 municipios del Departamento del Meta, conforme a la necesidad, departamento del Meta	
Municipio (Según Ejecución del Periodo de Pago)	Valor
Lejanías	\$2.900.000
Valor Total Autorizado a Pagar (números máximo 2 decimales)	
\$2.900.000	

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

Balance Financiero de Ejecución del Contrato Inicial				
Concepto	Periodo de Pago		Valor (Números máximo 2 Decimales)	% Ejecución Financiera
	DD/MM/AAAA			
	Del	Al		
Primer Pago	29/02/2026	28/03/2026	\$2.900.000	16.67%
Segundo pago	01/03/2026	28/03/2026	\$2.900.000	16.67%
Pago Autorizado en el Presente Informe	29/03/2026	28/04/2026	\$2.900.000	16.66%
Saldo del Contrato Pendiente por Ejecutar	29/04/2026	28/07/2026	\$8.700.000	50%
Valor Total del Contrato Inicial	26/01/2026	28/07/2026	\$17.400.000	100%

 DEPARTAMENTO DEL META NIT. 850.000.144.8	CERTIFICADO DEL SUPERVISOR AUTORIZANDO PAGO	CÓDIGO:	F-BS-16
		VERSIÓN:	06

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

Valor Total del Contrato Inicial más la Adición	\$17,400.000
--	---------------------

Pago de Seguridad Social (Persona Natural)	Datos	Datos
Periodo Cotizado	Marzo de 2026	Abril de 2026
Número de Planilla	9501160793	9501900690
IBC (Ingreso Base de Cotización)	\$1.750.905	\$1.750.905
Valor pagado a SALUD	\$218.900	\$218.900
Valor pagado a PENSIÓN	\$280.100	\$280.100
Valor pagado a ARL	\$42.700	\$42.700
Valor pagado a FSP	N/A	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 once (11) días del mes de mayo de 2026

Cordialmente,

Firma:	
Nombre:	JULIO ERNESTO GODOY DÚRAN
Cargo:	Profesional Especializado Supervisor

Villavicencio, 11/05/2026

CUENTA DE COBRO NUMERO No. 3

DEPARTAMENTO DEL META

NIT: 892000148-8

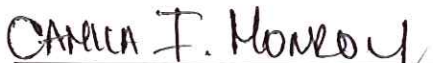
DEBE A:

Camila Fernanda Monroy, identificada con C.C. 40.403.329 de Villavicencio - Meta, por concepto de: "Realizar procesos de asistencia operativa sobre las disposiciones del programa de enfermedades transmitidas por vectores y otras enfermedades transmisibles dirigidos a las personas, familias y comunidades, conforme a los lineamientos nacionales vigentes". Según contrato de prestación de servicios no. 1067 del 29 de enero de 2026. Registro presupuestal no. 1677 del 29/01/2026, periodo comprendido del 29/03/2026 al 28/04/2026, por servicios prestados en el municipio de Lejanías

MUNICIPIO	NUMERO DE DIAS	VALOR DIA CONTRATO	TOTAL
Lejanías	28	\$96.666	\$2.900.000
TOTAL			\$2.900.000

Realice pago de seguridad social, salud (Salud Total), fondo de pensión (Protección) y pago de riesgo laboral ARL (Positiva), correspondiente al mes Marzo de 2026 planilla # 9501160793, abril de 2026 9501900690

La suma de Dos millones novecientos mil pesos (\$2.900.000) mcte



CAMILA FERNANDA MONROY

40.403.329 de Villavicencio Meta

Contratista

Celular: 3143691239

Correo: camimon@hotmail.com

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENAE ICBF	No
CC 40403329		MONROY CAMILA FERNANDA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 8 N 25 - 34	LA MESA-CUNDINAMARCA	5555555		
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo	Clave	Planilla	Tipo	Fecha	Pago	Banco	Dias Mora	Valor	
Pensión	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco			
2026-03	126151643	9501160793	1	2026/04/10	2026/03/09	BANCO DAVIVIENDA	0		\$541,700

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CÓDIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)					\$280,100	\$0	\$0	\$280,100	
PROTECCION	230201	800,229,739			\$280,100	\$0	\$0	\$280,100	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)					\$42,700	\$0	\$0	\$42,700	
POSITIVA	14-23	860,011,153			\$42,700	\$0	\$0	\$42,700	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)					\$218,900	\$0	\$0	\$218,900	
SALUD TOTAL	EP5002	800,130,907			\$218,900	\$0	\$0	\$218,900	
TOTAL					\$541,700	\$0	\$0	\$541,700	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Clave	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENAE ICBF	
CC-40403329		MONROY CAMILLA FERNANDA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 8 N 25 - 34	LA MESA-CUNDINAMARCA	5555555	Ng	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Período	Salud	Pago	Planilla	Tipo	Fecha	Pago	Días Mora	Valor	
2026-04	127452630	9501900690	1	1	2026/05/08	2026/04/07	0	\$541,700	

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)					\$280,100	\$0	\$0	\$280,100	
PROTECCION	230201	800,229,739			\$280,100	\$0	\$0	\$280,100	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)					\$42,700	\$0	\$0	\$42,700	
POSITIVA	14-23	860,011,153			\$42,700	\$0	\$0	\$42,700	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)					\$218,900	\$0	\$0	\$218,900	
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907			\$218,900	\$0	\$0	\$218,900	
TOTAL					\$541,700	\$0	\$0	\$541,700	