	RECONOCIMIENTO Y PAGO PARA CONTRATOS O CONVENIOS (PAGO PARCIAL O FINAL)	CÓDIGO:	F-BS-15
DEPARTAMENTO DEL META NIT. 892.099.149-3		VERSIÓN:	6

Fecha de Elaboración del Reconocimiento:	22 de junio de 2026	**Periodo de Pago:**	**Del**	20 mayo de 2026	**Al**	18 de junio 2026	
Contrato No. y Fecha:	263 del 20 de enero de 2026						
Contratista:	ALIX LILIANA HERNANDEZ ARDILA			**c.c. o Nit. No.**	40188933		
Representante Legal:	N/A			**c.c. No.**	N/A		
Tipo de Pago:	**Parcial**		**Final**	x	**Número de Pago:**	5	

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

N.	Documento (Marcar con X los documentos que aplican al pago, los que no con N/A)	Hacienda	Jurídica	Secop	Sia Observa
1	COPIA REGISTRO PRESUPUESTAL (Primer pago del contrato inicial o de la adición o cesión del contrato)	N/A	N/A	N/A	N/A
2	COPIA DEL CERTIFICADO DE BANCO DE PROGRAMAS Y PROYECTOS (Todos los pagos con proyectos de inversión y en la adición)	X	N/A	X	N/A
3	ORIGINAL CERTIFICADO SUPERVISOR AUTORIZANDO EL PAGO (F-BS-16)	X	X	X	X
4	COMPROBANTE DE ENTRADA A ALMACÉN (Para Contratos de suministro) (Copia Hacienda – Original Jurídica)	N/A	N/A	N/A	N/A
5	FACTURA DE VENTA O CUENTA DE COBRO DE BIENES O SERVICIOS (Original Hacienda – Copia Jurídica)	X	X	X	X
6	COPIA ACTA DE INICIO (F-BS-12) (Primer Pago)	N/A	N/A	N/A	N/A
7	COPIA CONTRATO O EL DOCUMENTO QUE HAGA SUS VECES (Primer pago o cesión del contrato)	N/A	N/A	N/A	N/A
8	COPIA MODIFICACIONES DEL CONTRATO (Pago posterior a la modificación) (Para Adición último pago del contrato inicial y primer pago de la adición)	N/A	N/A	N/A	N/A
9	COPIA RUT. o NIT. COMPLETO (Primer pago o Cesión del contrato) En Uniones Temporales o Consorcio presentar RUT completo de los participantes	N/A	N/A	N/A	N/A
10	COPIA ACTO ADMINISTRATIVO DE DESIGNACIÓN DEL SUPERVISOR (Primer pago o si hay cambio de supervisor) (Nota 23)	N/A	N/A	N/A	N/A
11	CERTIFICACIÓN BANCARIA (Primer pago o si realiza cambio de cuenta)	N/A	N/A	N/A	N/A
12	PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL • Planilla integrada en la que conste el pago de aporte y el IBC. (Persona Natural). • Esquema de presunción de costos, de acuerdo a lo establecido por el Ministerio de Salud y Protección Social y la UGPP. (Trabajadores independientes por cuenta propia o con contrato diferente a prestación de servicios) • Certificado expedido por el representante legal o revisor fiscal (Si está obligado a tenerlo), donde acredite que se encuentra a paz y salvo con aportes a seguridad social y parafiscales durante los últimos 6 meses, anexando tarjeta profesional, c.c. y antecedentes de la profesión vigentes del revisor fiscal (Persona Jurídica)	X	X	X	X
13	COPIA CERTIFICADO DE AFILIACIÓN ARL (Primer pago del contrato inicial, cesión, o prorroga) (Persona Natural)	N/A	N/A	N/A	N/A
14	INFORME DEL CONTRATISTA	N/A	X	X	X
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)	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 ALMACEN – INSTALACIÓN DE BIENES (Firmada) (Para contratos de suministro) (Copia Hacienda – Original Jurídica)	N/A	N/A	N/A	N/A

Valor a Pagar (Letras y Números):	**Cinco millones quinientos mil pesos Mcte. ($5.500.000)**

Cordialmente,

Firma:		**Firma:**	
Nombre:	ANDREA CAROLINA LIZCANO NOGUERA	**Nombre:**	CAMILO ANDRES NUÑEZ ROJAS
Cargo:	SECRETARIA DE GOBIERNO Y SEGURIDAD	**Cargo:**	GERENTE DE SEGURIDAD Y CONVIVENCIA CIUDADANA
Ordenador del Gas		**Supervisor**	

Firma:			
Nombre:	**Camilo Andrés Núñez Rojas**	**Rafael Molina**	**María del Pilar Morales**
Cargo:	Gerente de Seguridad y Convivencia Ciudadana	Profesional CPS	Profesional CPS
Acción:	Revisión del Directivo del Área	Revisión Jurídica	Revisión Financiera

Secop. 5000- 22-06-26.

SIA 19 JUN 2026 OBSERVA

19-06-2026

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

Certifica que el Proyecto:

FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL A LAS ACCIONES ENCAMINADAS PARA GARANTIZAR LA SEGURIDAD Y CONVIVENCIA CIUDADANA EN EL DEPARTAMENTO DEL META DEPARTAMENTO DEL META

Se encuentra registrado en el Banco de Programas y Proyectos de Inversión Departamental BPPID bajo el número: **2024005500228**

Observaciones: PROYECTO POAI-2026- AJUSTADO MEDIANTE DECRETO DE IQUIDACION No. 500 DE 2025.

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

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

PILAR 1 SEGURIDAD TOTAL Y DERECHOS HUMANOS EN EL META 1.1 EJE ESTRATEGICO CIUDADANIA SEGURA 1.1.1 LINEA ESTRATEGICA FORTALECER LAS INSTITUCIONES DE SEGURIDAD	1 1 1 1 PROGRAMA CAPACIDADES INSTITUCIONALES	1 1 1 1 2 Subprograma Observatorio Departamental del Delito	Sector 45 - Gobierno Territonal	Meta 11011024501 Fortalecer técnicamente el proceso de seguridad y convivencia ciudadana en el Departamento del Meta

1.Actividad o componente a ejecutar: *Asistir técnica y operativamente las actividades que se desarrollan para mejorar la Seguridad y Convivencia Ciudadana.*
Objeto del gasto: *APOYAR EL PROCESO DE SEGURIDAD Y CONVIVENCIA CIUDADANA MEDIANTE EL FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÒN INTEGRAL A VICTIMAS DE ABUSO SEXUAL (UENNA - CAIVAS DE LA FISCALIA) SEGÚN CONVENIO 2333 DEL 2025.* Valor: $27,500,000.00 .Fuente de Financiación: - 01Impuesto de Registro - FONPET 20%-

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

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

Elaboro LUIS ALFONSO GOMEZ BONILLA

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

Contrato No. y Fecha:	No.263 del 20 de enero de 2026		
Contratista: (Persona natural o jurídica que figura en el contrato.)	ALIX LILIANA HERNANDEZ ARDILA	**Nit./c.c.**	40188933
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)	CAMILO ANDRES NUÑEZ ROJAS	**c.c.**	86.070.495
"Apoyar el proceso de seguridad y convivencia ciudadana mediante el fortalecimiento a la atención integral a víctimas de abuso sexual (UENNA - CAIVAS de la Fiscalía) según convenio 2333 del 2025".			
Valor inicial del contrato: (Según Minuta) (Letras y Números)	**Veintisiete millones quinientos mil de pesos m/cte. ($27.500.000)**		
Término Inicial de Ejecución:	Cinco (5) Meses		

Fecha de Inicio según Acta de Inicio:	20 Enero de 2026	**Fecha Finalización según Acta de Inicio:**	19 Junio de 2026

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

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

Forma de Pago: (Transcribir del contrato o del documento que haga sus veces)

El DEPARTAMENTO pagará al contratista el valor de ejecución del contrato así: CINCO (5) mensualidades vencidas, por valor de CINCO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS MONEDA CORRIENTE. ($5.500.000.oo m/cte.) previa certificación de cumplimiento expedido por el supervisor y acreditación de que se encuentra a paz y salvo el contratista con los aportes al Sistema Integral de Seguridad Social (EPS, Fondo de Pensiones y ARL) y demás requisitos que le sean aplicables.

Registro Presupuestal (Contrato Inicial):					
Número y Fecha:	456 del 20 Enero de 2026	**Inversión**	X	**Funcionamiento**	

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

Rubro presupuestal:	0301-2.3.45.4501.1000.003.2.3.2.02.02.008-01				
Valor: (Letras y Números)	Veintisiete millones quinientos mil pesos m/cte. ($27.500.000)				
*Realice copia de la tabla si tiene más de un Registro Presupuestal					
Registro Presupuestal (Adición):					
Número y Fecha:	N/A	**Inversión**	N/A	**Funcionamiento**	N/A
Rubro presupuestal:	N/A				
Valor: (Letras y Números)	N/A				
*Si no existen adiciones diligencie con N/A ** Realice copia de la tabla si se presenta más de una adición					

Obligaciones Generales del Contratista: (Transcribir del Estudio Previo)

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

16. Conocer y dar cumplimiento a las políticas y procedimientos de seguridad de la información establecida por la organización, pertinente al desarrollo del objeto contractual, de conformidad con lo estipulado en el Sistema Integrado de Gestión.
17. Cargar en la plataforma del SECOP los documentos soporte de la cuenta de cobro junto con los informes de ejecución a más tardar dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la fecha de elaboración de la misma.
18. Las demás que por naturaleza del contrato se requieran en el transcurso del mismo.

Obligaciones Específicas del Contratista: (Transcribir del Estudio Previo)

1. Apoyar en la atención y evaluación psicológica especializada a las víctimas de presunto abuso sexual, teniendo en cuenta las exigencias legales.
2. Apoyar en la presentación del informe psicológico, resultado de la evaluación psicológica especializada a las víctimas de presunto abuso sexual, al despacho fiscal.
3. Apoyar la evaluación de la necesidad de la víctima y su familia de recibir atención especializada por el presunto suceso de abuso sexual, dar las recomendaciones a los usuarios y sugerir en el informe si amerita el caso, atención especializada con la EPS.
4. Realizar actividades de prevención en riesgo de abuso sexual a instituciones educativas en el marco del convenio 2333 de 2025 – UENNA - CAIVAS-.
5. Brindar asesoría y acompañamiento, o testigo experto en caso de ser requerido por el juez, fiscal, delegado y/o policía judicial en los diversos temas de su conocimiento.
6. Participar en el Comité Consultivo de Violencia Sexual UENNA - CAIVAS, Ley 1146 de 2007, según requerimiento de la Secretaría de Gobierno y Seguridad.

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

N/A

Periodo de Pago:	Del	20 mayo de 2026	Al	19 junio de 2026			
Tipo de Pago:	Anticipo		Parcial		Final	x	No. de Pago	5

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

Valor Total Autorizado a Pagar	
Valor Total Autorizado a Pagar (Letras y números, máximo 2 Decimales)	**Cinco millones quinientos mil pesos Mcte ($5.500.000).**

No. R.P. A Afectar	**Rubro Presupuestal**	**Clasificador Presupuestal**	**Valor a Afectar**
456	0301-2.3.45.4501.1000.003.2.3.2.02.02.008-01	83111	$5.500.000
Valor Total Autorizado a Pagar (números máximo 2 decimales)			**$5.500.000**

Lugar donde se suministra los bienes o se presta el Servicio: (Según contrato)	
Municipio de Villavicencio	
Municipio (Según Ejecución del Periodo de Pago)	**Valor**
Villavicencio	$5.500.000

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

Valor Total Autorizado a Pagar (números máximo 2 decimales)	**$5.500.000**
*Incluir filas adicionales si se requiere. **Discriminar el valor para cada municipio en proporción a lo ejecutado del contrato para el periodo de pago (valores antes de Iva). ***Esta información es para determinar retenciones aplicables a título del impuesto de industria y comercio.	

Anticipo (Letras y Números máximo 2 Decimales)		**N/A**	
Porcentaje:	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 Del	Periodo de Pago DD/MM/AAAA Al	Valor (Números máximo 2 Decimales)	% Ejecución Financiera
Primer pago	20/01/2026	19/02/2026	$5.500.000	20,0%
Segundo pago	20/02/2026	19/03/2026	$5.500.000	20,0%
Tercer pago	20/03/2026	19/04/2026	$5.500.000	20,0%
Cuarto pago	20/04/2026	19/05/2026	$5.500.000	20,0%
Pago Autorizado en el Presente Informe – Quinto pago	20/05/2026	19/06/2026	$5.500.000	20,0%
Saldo del Contrato Pendiente por Ejecutar	0	0	$0	0%
Valor Total del Contrato Inicial	**20/01/2026**	**19/06/2026**	**$27.500.000**	**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 Del	Periodo de Pago DD/MM/AAAA Al	Valor (Números máximo 2 Decimales)	% Ejecución Financiera

*sexto Pago	N/A	N/A	N/A	N/A
*septimo 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

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

Valor Total del Contrato Inicial más la Adición	**$27.500.000**

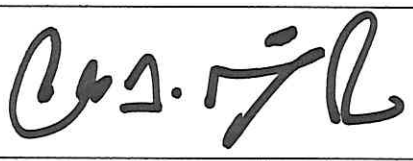
Pago de Seguridad Social (Persona Natural)	**Datos**	**Datos**
Periodo Cotizado	Mayo 2026	Junio 2026
Número de Planilla	**9505082746**	**9505105912**
IBC (Ingreso Base de Cotización)	$2.200.000	$2.200.000
Valor pagado a SALUD	$275.000	$275.000
Valor pagado a PENSIÓN	$352.000	$352.000
Valor pagado a ARL	$23.000	$23.000
Valor pagado a FSP	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 veintidós (22) días del mes de junio de 2026.

Cordialmente,

Firma:	
Nombre:	**CAMILO ANDRES NUÑEZ ROJAS**
Cargo:	Gerente de Seguridad y Convivencia Ciudadana
Supervisor	

Villavicencio-Meta. 22 Junio de 2026 Cuenta de Cobro No. 5

LA GOBERNACION DEL META
NIT 892.000148-8

DEBE A:

ALIX LILIANA HERNANDEZ ARDILA
C.C. 40.188.933 de Villavicencio/Meta

LA SUMA DE:

Cinco millones quinientos mil pesos Mcte. ($5.500.000)

Por concepto de "**PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS**" ejecutados en virtud del contrato Nº 263 del 20 enero de 2026, cuyo objeto es: "**Apoyar el proceso de seguridad y convivencia ciudadana mediante el fortalecimiento a la atención integral a víctimas de abuso sexual (UENNA - CAIVAS de la Fiscalía) según convenio 2333 del 2025**" durante el **PERIODO No. 5 (Del 20 mayo al 19 de junio de 2026) por servicios prestados en Villavicencio**.

Municipio	Días	Valor	Actividades
Villavicencio	30	$5.500.000	**Apoyar el proceso de seguridad y convivencia ciudadana mediante el fortalecimiento a la atención integral a víctimas de abuso sexual (UENNA - CAIVAS de la Fiscalía) según convenio 2333 del 2025**

Atentamente,

ALIX LILIANA HERNANDEZ ARDILA
C.C. 40.188.933 de Villavicencio/Meta
Dir.: Calle 18 No. 39 Bis – 41 Barrio Balata
Cel. 3123363387

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 40188933		HERNANDEZ ARDILA ALIX LILIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 18 # 39 BIS - 41	VILLAVICENCIO-META	6684423	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-05	2026-05	327910198	9505082746	I	2026/06/09	2026/05/22	BANCO DAVIVIENDA	0	$650,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,200,000	$352,000			$2,200,000	$275,000			$0	$0			$2,200,000	$23,000		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,200,000	$352,000			$2,200,000	$275,000			$0	$0			$2,200,000	$23,000		$0	$0
Ciudad: VILLAVICENCIO Depto: META (1 Afiliados)					$2,200,000	$352,000			$2,200,000	$275,000			$0	$0			$2,200,000	$23,000		$0	$0
1	CC 40188933	HERNANDEZ ALIX	25-14	30	$2,200,000	$352,000	EPS005	30	$2,200,000	$275,000		0	$0	$0	14-23	30	$2,200,000	$23,000	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$2,200,000	$352,000			$2,200,000	$275,000			$0	$0			$2,200,000	$23,000		$0	$0

2026/05/22 07:15 AM

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 40188933		HERNANDEZ ARDILA ALIX LILIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 18 # 39 BIS - 41	VILLAVICENCIO-META	6684423	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-05	2026-05	327910198	9505082746	I	2026/06/09	2026/05/22	BANCO DAVIVIENDA	0	$650,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$352,000	$0	$0	$352,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$352,000	$0	$0	$352,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$23,000	$0	$0	$23,000
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$23,000	$0	$0	$23,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$275,000	$0	$0	$275,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$275,000	$0	$0	$275,000
TOTAL				1	$650,000	$0	$0	$650,000

DAVIVIENDA

Pago PSE

Resultado de su transacción

Código único CUS
327910198

Destino de pago
APORTES EN LINEA

Motivo
Pago de la Planilla de aportes con clave: 9505082746

Fecha
22/05/2026

Número de aprobación
00910198

Dirección IP
181.51.34.167

Valor transacción
$ 650.000,00

Costo de la transacción
$ 0,00 IVA incluido

Referencia 1	Referencia 2	Referencia 3
181.51.34.167	CC	40188933

Banco Davivienda S.A. Todos los derechos reservados 2017.

DAVIVIENDA

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 40188933		HERNANDEZ ARDILA ALIX LILIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 18 # 39 BIS - 41	VILLAVICENCIO-META	6684423	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-06	2026-06	362069552	9505105912	I	2026/07/08	2026/06/03	BANCO DAVIVIENDA	0	$650,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISICALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,200,000	$352,000			$2,200,000	$275,000			$0	$0			$2,200,000	$23,000		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,200,000	$352,000			$2,200,000	$275,000			$0	$0			$2,200,000	$23,000		$0	$0
Ciudad: VILLAVICENCIO Depto: META (1 Afiliados)					$2,200,000	$352,000			$2,200,000	$275,000			$0	$0			$2,200,000	$23,000		$0	$0
1	CC 40188933	HERNANDEZ ALIX	25-14	30	$2,200,000	$352,000	EPS005	30	$2,200,000	$275,000		0	$0	$0	14-23	30	$2,200,000	$23,000	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$2,200,000	$352,000			$2,200,000	$275,000			$0	$0			$2,200,000	$23,000		$0	$0

2026/06/03 03:32 PM

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 40188933		HERNANDEZ ARDILA ALIX LILIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 18 # 39 BIS - 41	VILLAVICENCIO-META	6684423	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2026-06	2026-06	362069552	9505105912	I	2026/07/08	2026/06/03	BANCO DAVIVIENDA	0	$650,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$352,000	$0	$0	$352,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$352,000	$0	$0	$352,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$23,000	$0	$0	$23,000
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$23,000	$0	$0	$23,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$275,000	$0	$0	$275,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$275,000	$0	$0	$275,000
TOTAL				1	$650,000	$0	$0	$650,000

2026/06/03 03:32 PM

DAVIVIENDA

Pago PSE

Resultado de su transacción

Código único CUS
362069552

Destino de pago
APORTES EN LINEA

Motivo
Pago de la Planilla de aportes con clave: 9505105912

Fecha
03/06/2026

Número de aprobación
00069552

Dirección IP
181.51.34.167

Valor transacción
$ 650.000,00

Costo de la transacción
$ 0,00 IVA incluido

Referencia 1	Referencia 2	Referencia 3
181.51.34.167	CC	40188933

Banco Davivienda S.A. Todos los derechos reservados 2017.

DAVIVIENDA

	ACTA DE FINALIZACIÓN	CÓDIGO:	F-BS-17
DEPARTAMENTO DEL META NIT. 892.000.140-0		VERSIÓN:	04

ACTA DE FINALIZACIÓN DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No. 263 DEL AÑO 2026 CELEBRADO ENTRE EL DEPARTAMENTO DEL META Y ALIX LILIANA HERNANDEZ ARDILA

Contrato No. y Fecha:	No.263 DEL 20 ENERO DE 2026		
Registro Presupuestal No. y Fecha:	456 del 20 Enero de 2026		
Contratista:	ALIX LILIANA HERNANDEZ ARDILA	Nit./c.c.	40.188.933
Representante Legal:	N/A	c.c.	
Supervisor:	CAMILO ANDRES NUÑEZ ROJAS	c.c.	86.070.495
Objeto:			
"Apoyar el proceso de seguridad y convivencia ciudadana mediante el fortalecimiento a la atención integral a víctimas de abuso sexual (UENNA - CAIVAS de la Fiscalía) según convenio 2333 del 2025".			
Valor inicial del contrato: (Letras y Números)	**Veintisiete millones quinientos mil de pesos m/cte. ($27.500.000)**		
Término Inicial de Ejecución:	Cinco (5) meses		
Fecha de Inicio según Acta de Inicio:	20 Enero de 2026	Fecha Finalización según Acta de Inicio:	19 Junio de 2026

Modificaciones (Adiciones, Prórrogas, Suspensiones, Cesiones, Reinicios)			
Tipo de Modificación	Fecha de expedición del documento	Valor (Aplica solo para adiciones)	Tiempo (aplica solo para prórrogas)
N/A	N/A	N/A	N/A
Término Total de Ejecución: (Inicial + prórroga)	N/A	Fecha Finalización: (Inicial + prórroga)	N/A
Valor total del contrato, incluyendo adiciones: (Letras y Números)		**N/A**	
*Diligencie sólo si existen modificaciones, de lo contrario N/A **Inserte filas si requiere			

En la ciudad de Villavicencio, el señor **CAMILO ANDRES NUÑEZ ROJAS,** Supervisor delegado identificado con cédula de ciudadanía número 86.070.495, y **ALIX LILIANA HERNANDEZ ARDILA** identificada con cédula de ciudadanía número 40.188.933, suscriben la presente Acta de Finalización, previa verificación de todos los documentos y requisitos legales.

En constancia se firma, a los 22 días del mes de Junio del año 2026.

ALIX LILIANA HERNANDEZ ARDILA	**CAMILO ANDRES NUÑEZ ROJAS**
Contratista	Supervisor

Firma	
Nombre	Leidy Leguizamon
Cargo	Secretaria grado 2
Proyecto	