

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

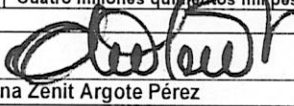
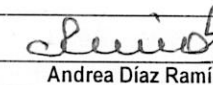
Fecha de Elaboración del Reconocimiento:	22/07/2026	Periodo de Pago:	Del	22/06/2026	Al	21/07/2026
Contrato No. y Fecha:	0420 del 20/01/2026					
Contratista:	Lina María Gómez Nieto			c.c. o Nit. No.	40.217.260	
Representante Legal:	N/A			c.c. No.	N/A	
Tipo de Pago:	Parcial	Final	X	Número de Pago:	6	

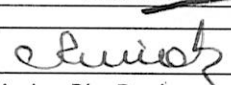
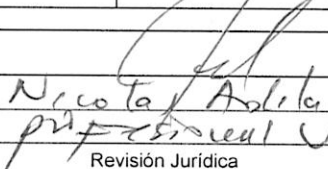
Señores Gerencia de Contaduría, sírvase elaborar la orden de pago de la cuenta que se anexa, por cuanto cumple con todos los requisitos para que sea cancelada, la cual tiene los siguientes soportes documentales:

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)	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)	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 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)	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 ALMACÉN – INSTALACIÓN DE BIENES (Firmada) (Para contratos de suministro) (Copia Hacienda – Original Jurídica)	N/A	N/A	N/A	N/A

Valor a Pagar (Letras y Números): Cuatro millones quinientos mil pesos (\$4.500.000,00) m/cte

Cordialmente,

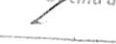
Firma:		Firma:	
Nombre:	Ana Zenit Argote Pérez	Nombre:	Andrea Díaz Ramírez
Cargo:	Secretaria de Salud del Meta Ordenadora del Gasto	Cargo:	Gerente Prestación de servicios de Salud Supervisora

Firma:		Firma:	
Nombre:	Andrea Díaz Ramírez	Nombre:	Cristian Camilo Céspedes Ramos
Cargo:	Gerente Prestación de servicios de Salud	Cargo:	Gerente Administrativo de Salud
Acción:	Revisión del Directivo	Acción:	Revisión Jurídica
Revisión Financiera			

Área Ordenadora del Gasto

SECOP. 6863- 31-07-26

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

Revisó: 
Fecha: 29 Hora: 26



 DEPARTAMENTO DEL META NIT 852 003 148-8	CERTIFICADO DEL SUPERVISOR AUTORIZANDO PAGO	CÓDIGO:	F-BS-16
		VERSIÓN:	06

Contrato No. y Fecha:	0420 del 20/01/2026		
Contratista: (Persona natural o jurídica que figura en el contrato.)	Lina María Gómez Nieto	Nit./c.c.	40.217.260
Representante Legal: (Soló para persona jurídica)	N/A	c.c.	N/A
Supervisora: (insertar filas cuando en el periodo de pago se presenten varios supervisores)	Andrea Diaz Ramirez	c.c.	40.400.669
Objeto: (Transcribir del contrato)			
“PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ABOGADO PARA LA GERENCIA DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD DE LA SECRETARIA DE SALUD DEL META”			
Valor inicial del contrato: (Según Minuta) (Letras y Números)	Veintisiete millones de pesos M/Cte (27.000.000.oo)		
Término Inicial de Ejecución:	Seis (6) meses		

Fecha de Inicio según Acta de Inicio:	22/01/2026	Fecha Finalización según Acta de Inicio:	21/07/2026
--	------------	---	------------

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

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

Forma de Pago: (Transcribir del contrato o del documento que haga sus veces)	
EL DEPARTAMENTO pagará al contratista el valor de ejecución del contrato así: SEIS (6) Mensualidades Vencidas de CUATRO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS (\$4.500.000.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 les sean aplicables.	

 DEPARTAMENTO DEL META NIT. 892 002 146-8	CERTIFICADO DEL SUPERVISOR AUTORIZANDO PAGO	CÓDIGO:	F-BS-16
		VERSIÓN:	06

Registro Presupuestal (Contrato Inicial):					
Número y Fecha:	505 del 21 de enero de 2026	Inversión		Funcionamiento	x
Rubro presupuestal:	03030101 – 2.1.2.02.02.008 - 70				
Valor: (Letras y Números)	Veintisiete millones de pesos (\$27.000.000) m/cte				
*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 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.

 DEPARTAMENTO DEL META NIT. 892 902 148-8	CERTIFICADO DEL SUPERVISOR AUTORIZANDO PAGO	CÓDIGO:	F-BS-16
		VERSIÓN:	06

- 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) Participar de comités, mesas técnicas y/o de trabajo, reuniones o espacios de capacitación y articulación bienestar institucional a los que se ha delegado por la Gerencia de Prestación de Servicios de Salud evidenciando su cumplimiento mediante elaboración de acta o informe y soportes que requieran en cada caso.
- 2) Atender las notificaciones y/o asignaciones de actividades que les sean asignadas a través del correo electrónico activo (notificado en la hoja de vida) que se relacionen con el objeto del contrato.
- 3) Brindar apoyo en la proyección de manera oportuna, y en términos de las respuestas a las acciones de tutela, impugnaciones, incidentes de desacato, PQRS, derechos de petición, informes y demás requerimientos de los entes de control, autoridades judiciales o administrativas que vinculen al Departamento del Meta - Secretaría de Salud, relacionados, con la Gerencia de Prestación de Servicios de Salud.
- 4) Revisar, gestionar y tramitar respuestas del aplicativo DOZZIER los términos de ley.
- 5) Realizar los informes que se requieran por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, entes de control y demás autoridades judiciales y administrativas relacionadas con la Gerencia de Prestación de Servicios de Salud.
- 6) Realizar la proyección, seguimiento, y demás trámite a que haya lugar en los procesos de restitución de tierras.
- 7) Realizar el seguimiento al cumplimiento de los fallos de tutela de difícil cumplimiento, a consecuencia de las acciones de tutela y demás requerimientos judiciales y administrativos si se requiere.
- 8) Realizar la consolidación de respuestas a requerimientos, revisión jurídica y demás trámites a que haya lugar los términos de ley.
- 9) Brindar apoyo jurídico en la contestación de los requerimientos en los que las diferentes áreas de la Gerencia de Prestación de servicios requiera los términos de ley.
- 10) Mantener actualizado en físico y en el DRIVE dispuesto por la gerencia de Prestación de Servicios de Salud todos los documentos proyectados en atención al desarrollo de sus obligaciones contractuales (tutelas, peticiones, conceptos, respuestas, requerimientos, informes, entre otros) y el formato en excel de control diario y seguimiento de las tutelas y demás fallos judiciales que le sean asignados.
- 11) Las demás actividades que le sean asignadas por el supervisor y que sean inherentes al objeto contractual.

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

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

N/A

Periodo de Pago:	Del	22/06/2026	Al	21/07/2026			
Tipo de Pago:	Anticipo		Parcial		Final	X	No. de Pago 6

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)	Cuatro millones quinientos mil pesos (\$4.500.000,00) m/cte.

No. R.P. A Afectar	Rubro Presupuestal	Clasificador Presupuestal	Valor a Afectar
505	03030101 - 2.1.2.02.02.008 - 70	--82120	\$4.500.000,00
Valor Total Autorizado a Pagar (números máximo 2 decimales)			\$4.500.000,00

Lugar donde se suministra los bienes o se presta el Servicio: (Según contrato)

En el Municipio de Villavicencio, Departamento del Meta.

Municipio (Según Ejecución del Periodo de Pago)	Valor
Villavicencio	\$4.500.000,00
Valor Total Autorizado a Pagar (números máximo 2 decimales)	\$4.500.000,00

*Incluir filas adicionales si se requiere.

**Discriminar el valor para cada municipio en proporción a lo ejecutado del contrato para el periodo de pago (valores antes de Iva).

***Esta información es para determinar retenciones aplicables a título del impuesto de industria y comercio.

Anticipo (Letras y Números máximo 2 Decimales)		N/A	
Porcentaje:	N/A	Observaciones:	N/A

N/A

Amortización del Anticipo						
Concepto	Valor Facturado	% Contrato Facturado	Saldo Contrato	Amortización Anticipo	% Anticipo Amortizado	Saldo Anticipo
Valor Inicial	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Parcial 1	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Parcial N	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Total	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

*Si no existe Anticipo diligencie casillas con N/A

**Inserte filas si requiere

 DEPARTAMENTO DEL META NIT 852 002 146-8	CERTIFICADO DEL SUPERVISOR AUTORIZANDO PAGO	CÓDIGO:	F-BS-16
		VERSIÓN:	06

Balance Financiero de Ejecución del Contrato Inicial				
Concepto	Periodo de Pago		Valor (Números máximo 2 Decimales)	% Ejecución Financiera
	DD/MM/AAAA			
	Del	Al		
Primer Pago	22/01/2026	21/02/2026	\$4.500.000	16,67%
Segundo Pago	22/02/2026	21/03/2026	\$4.500.000	16,66%
Tercer Pago	22/03/2026	21/04/2026	\$4.500.000	16.67%
Cuarto Pago	22/04/2026	21/05/2026	\$4.500.000	16.67%
Quinto Pago	22/05/2026	21/06/2026	\$4.500.000	16,66%
Pago Autorizado en el Presente Informe	22/06/2026	21/07/2026	\$4.500.000	16.67%
Saldo del Contrato Pendiente por Ejecutar	N/A	N/A	N/A	N/A
Valor Total del Contrato Inicial	22/01/2026	21/07/2026	\$27.000.000	100%
*Inserte o Elimine filas si requiere.				
**Diligenciar en orden cronológico				

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

Valor Total del Contrato Inicial más la Adición	\$27.000.000
--	---------------------

 DEPARTAMENTO DEL META NIT. 892.000.145-8	CERTIFICADO DEL SUPERVISOR AUTORIZANDO PAGO	CÓDIGO:	F-BS-16
		VERSIÓN:	06

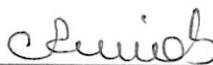
Pago de Seguridad Social (Persona Natural)	Datos	Datos	Datos
Periodo Cotizado	JUNO 2026	JULIO 2026	JULIO 2026
Número de Planilla	93238573	93238573	93912759
IBC (Ingreso Base de Cotización)	\$ 1.786.912	\$ 1.786.912	\$ 1.800.000
Valor pagado a SALUD	\$ 223.400	\$ 223.400	\$ 225.000
Valor pagado a PENSIÓN	\$ 286.000	\$ 286.000	\$ 288.000
Valor pagado a ARL	\$ 9.400	\$ 9.400	\$9.400
Valor pagado a FSP	N/A	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, el veintidós (22) del mes de julio de 2026.

Cordialmente,

Firma:	
Nombre:	Andrea Díaz Ramírez
Cargo:	Gerente Prestación de Servicios de Salud Supervisora

LINA MARÍA GÓMEZ NIETO
Abogada Especialista

Villavicencio, 22 de julio de 2026.

CUENTA DE COBRO No. 6

EL DEPARTAMENTO DEL META
NIT 892.000148-8

DEBE A:

LINA MARÍA GÓMEZ NIETO
C.C. 40.217.260. DE VILLAVICENCIO

LA SUMA DE:

CUATRO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS M/CTE (\$ 4.500.000,00)

POR CONCEPTO DE:

Pago final No. 6 del Contrato de Prestación de Servicios Profesionales No. 0420 de 2026 cuyo objeto es "PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ABOGADO PARA LA GERENCIA DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD DE LA SECRETARIA DE SALUD DEL META", correspondiente al periodo comprendido entre el **22 de junio de 2026 al 21 de julio de 2026**, los servicios se prestaron en la ciudad de Villavicencio - Meta.

Para efectos del pago, por favor realizar consignación a mí nombre, cuenta de ahorros número: 364831719, Banco de Bogotá.



LINA MARIA GOMEZ NIETO

CC. 40.217.260.

T.P. 293099 C.S.J.

Abogada Especialista - Contratista.

DATOS DE LA PLANILLA			
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)
		93238573	06/07/2026
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA
2026-07	2026-07	I	\$0
			TOTAL A PAGAR
			\$518.800

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						
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	223,400	0		0		0		0	0	0	223,400	1

TOTALES PENSIÓN

TOTALS PER PERSON												
Código AFP	Nombre	NIT	Coltización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Coltización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	8002297736-0	286,000	0	0	0	0	0	0		286,000	1

TOTALS RIESGOS LABORALES

Código ARL		Nombre		NIT	Cotización		Aportes Otros		Valor Neto	Días	Valor Mora	Subtotal	No. Radicado	Valor Saldo a	Fondo	Total a Pagar	No. Afiliados
					Obligatoria		Incapacidades	Sistemas	Cotización	Mora	Cotización	Cotización	Saldo a Favor	Favor	Solidaridad		
							No. Autorización										
14-23		Positiva Seguros		86001153-6	9,400				9,400	0	0	9,400			94	9,400	1

TOTALES CAJAS

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

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSIDIO			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	223.400	223.400
Pensión	1	286.000	286.000
Riesgos Laborales	1	9.400	9.400
CGF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	518.800	518.800

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	40217260	LINA MARIA GOMEZ NIETO		carrera 16a #35a 27	3202463766	liniamario@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
UNICA	I – Independiente			META	VILLAVICENCIO	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPIC
		93238873	06/07/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-07	2026-07	1	\$0	\$516.800	

[illegible]

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG 1 de 2

DATOS DEL APORTANTE					
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TÉLEFONO	CORREO
CC	40217260	LINA MARIA GOMEZ NIETO	carrera 10a #35a 27	3302463766	linanieto@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN		NOMBRE SUCLRSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO
ÚNICA		I - Independiente		META	VILLAVICENCIO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
93238573	06/07/2026	93912759	31/07/2026	1	0
PERIODO SALUD		PERIODO PENSIÓN	TOTAL PLANILLA	TOTAL NOMINA	TOTAL A PAGAR
2026-07		2026-07	N	\$0	\$3.600

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD					
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Licencia Maternidad
EP0005	Sanitas EPS	800251440-6	1.600	0	Valor
					No. Autorización
					Valor
					Días Mora
					Valor Mora Cotización
					Valor Mora UPC
					Total a Pagar
					No. Afiliados

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
230201	Protección (ING + Protección)	800226739-0	2.000	0	0	0	0	0	0	0	2.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades No. Autorización	Valor	Aportes Otros	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
------------	--------	-----	------------------------	--------------------------------	-------	---------------	-----------------------	-----------	-----------------------	-------------------	---------------	---------------

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
0	0	0	0	0
0	0	0	0	0

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	1.600	1.600
Pensión	1	2.000	2.000
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	2	3.600	3.600

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG 2 de 2

DATOS DEL APORTANTE			
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN
CC	40217260	LINA MARIA GOMEZ NIETO	carrera 16a #3Ea 27
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCLIBAL	CÓDIGO
ÚNICA	1 - Independiente		
		DEPARTAMENTO	CUIDAD / MUNICIPIO
		META	VILLAVICENCIO
		EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD	
		NO	

DATOS DE LA PLANILLA				
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DI/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DI/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS
93238573	06/07/2026	93912759	31/07/2026	1
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NOMINA	TOTAL A PAGAR
2025-07	2026-07	N	\$0	\$3.600

DETALLE POR COTIZANTE			INFORMACIÓN NOVEDADES												INFORMACIÓN COTIZANTE													
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	INFORMACIÓN NOVEDADES												INFORMACIÓN COTIZANTE													
			CC	CC	CC	CC	CC	CC	CC	CC	CC	CC	CC	CC	CC	CC	CC	CC	CC	CC	CC	CC	CC	CC	CC	CC	CC	CC
1	CC 40217260	GOMEZ NIETO LINA MARIA																										

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	40217260	LINA MARIA GOMEZ NIETO		carrera 15a #35a 27	3202463766	linanieto@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN		CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCESAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	
ÚNICA		I – Independiente			CIUDAD / MUNICIPIO	
					VILLAVICENCIO	
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD						
NO						

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPIC
		92070591	26/05/2026	1	0
PERIODO BAJOS			TOTAL NOMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-06	2026-06	1	\$0	\$522.400	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD		
Código EPS	Nombre	NIT
EPS005	Santas EPS	80025 1440-6
		225.000

UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Contratación	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
	No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
0		0		0	0	0	0	225.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Colización Obligatoria
230201	Protección (ING + Protección)	60029739-0	288.000

Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora Cotización	Valor Mora Cotización	Totál a Pagar	No. Afiliados
0	0	0	0	0		288.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Colización Obligatoria
14.23	Positiva Seguros	860011153-	9.400

No. Autorización	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
		Valor										
				8.403	0	0	8.403			04	6.400	4

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte
------------	--------	-----	--------------

TALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valores antes de IGE, IMA, IR y MORA	Total a Pagar
Salud	1	225.000	225.000
Pensión	1	288.000	288.000
Riesgos Laborales	1	9.400	9.400
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	522.400	522.400

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	40217260	LINA MARIA GOMEZ NIETO		carrera 18a #35a 27	3202463766	linamaria@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCESORIAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			META	VILLAVICENCIO	
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD						

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPFC
		92070591	26/05/2026	1	0
PERIODO SALIR	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NOMINA	TOTAL A PAGAR	
2025-05	2025-05	1	\$0	\$522.400	

[illegible]

 DEPARTAMENTO DEL META TEL. 842 000 149-6	ACTA DE FINALIZACIÓN DE CONTRATO O CONVENIO	CÓDIGO:	F-BS-17
		VERSIÓN:	5

**ACTA DE FINALIZACIÓN DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
PROFESIONALES No. 0420 DEL AÑO 2026 CELEBRADO ENTRE EL DEPARTAMENTO DEL
META Y LINA MARÍA GÓMEZ NIETO**

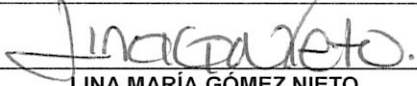
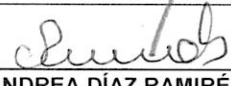
Contrato No. y Fecha:	0420 del 20/01/2026		
Registro Presupuestal No. y Fecha: (Relacione todos los Registros Presupuestales)	505 del 21/01/2026		
Contratista:	Lina María Gómez Nieto	c.c. o Nit. No.	40.217.260
Representante Legal:	N/A	c.c. No.	N/A
Supervisor:	Andrea Díaz Ramírez	c.c. No.	40.400.669
Objeto: (Transcribir del contrato o del documento que haga sus veces) "PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ABOGADO PARA LA GERENCIA DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD DE LA SECRETARIA DE SALUD DEL META"			
Valor Inicial del Contrato: (Letras y Números)	Veintisiete millones de pesos (\$27.000.000) m/cte		
Término Inicial de Ejecución:	Seis (6) meses		
Fecha de Inicio: Según Acta de Inicio	22/01/2026	Fecha Finalización: Según Acta de Inicio	21/07/2026

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

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

En la ciudad de Villavicencio, el(la) señor(a) **ANDREA DÍAZ RAMÍREZ**, Supervisor(a) delegado(a) identificado(a) con cédula de ciudadanía número 40.400.669, y **LINA MARÍA GÓMEZ NIETO** identificado(a) con cédula de ciudadanía número 40.217.260, suscriben la presente Acta de Finalización, previa verificación de todos los documentos y requisitos legales.

En constancia se firma, el veintidós (22) de julio de 2026.

Firma:		
Nombre:	LINA MARÍA GÓMEZ NIETO	ANDREA DÍAZ RAMÍREZ
	Contratista	Supervisora