

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

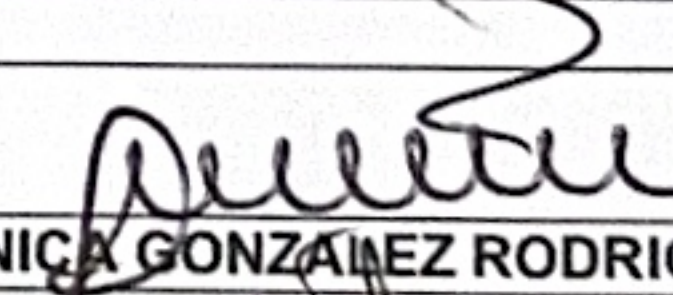
Fecha de Elaboración del Reconocimiento:	31/07/2026	Periodo de Pago:	Del	27/06/2026	Al	26/07/2026
Contrato No. y Fecha:	1020 de 26 de enero de 2026					
Contratista:	DALMIRO HUMBERTO GARCIA CARAVALI			c.c. o Nit. No.	86079820	
Representante Legal:	N/A			c.c. No.	N/A	
Tipo de Pago:	Parcial	N/A	Final	X	Número de Pago:	6

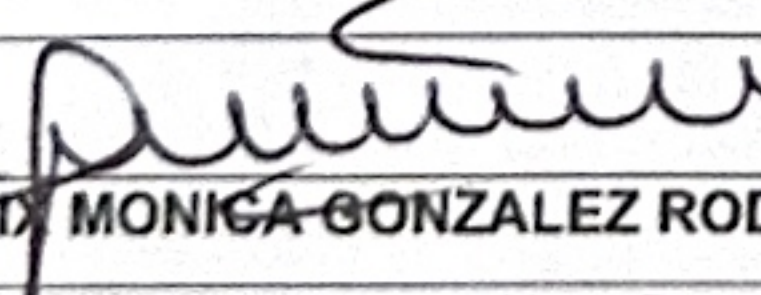
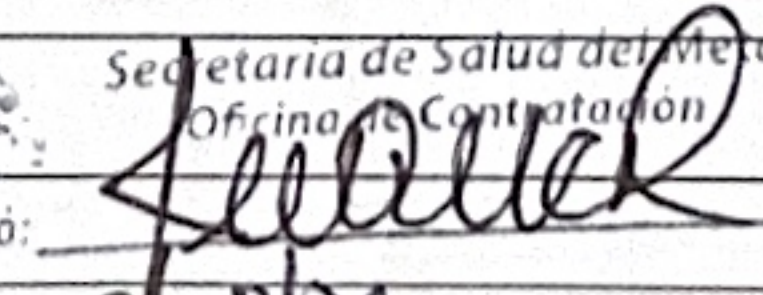
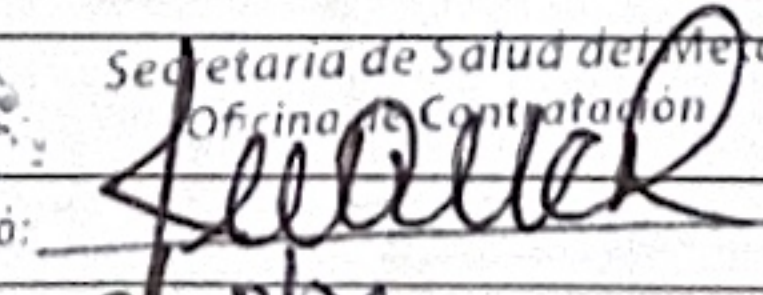
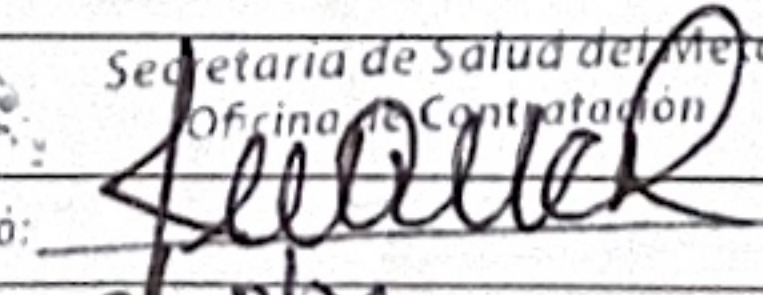
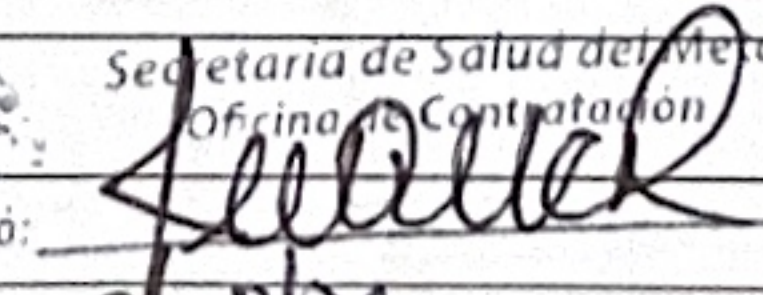
Señores Gerencia de Contaduría, sírvase elaborar la orden de pago de la cuenta que se anexa, por cuanto cumple con todos los requisitos para que sea cancelada, la cual tiene los siguientes soportes documentales:

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	NA	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 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):	CINCO MILLONES TRESCIENTOS MIL PESOS (\$ 5.300.000) MCTE
--	--

Cordialmente,

Firma:		Firma:	
Nombre:	ANA ZENIT ARGOTE PEREZ	Nombre:	ALIX MONICA GONZALEZ RODRIGUEZ
Cargo:	Secretaria de Salud del Meta	Cargo:	Gerente de Promoción y Prevención
	Ordenadora del Gasto		Supervisor

Firma:		Revisó:		Revisión:	CRISTIAN CAMILO CESPEDES RAMOS
Nombre:	ALIX MONICA GONZALEZ RODRIGUEZ	Revisó:		Revisión:	Gerente administrativo de salud
Cargo:	Gerente de Promoción y Prevención	Revisó:		Revisión:	Revisión Financiera
Acción:	Revisión del Directivo	Revisó:		Revisión:	Revisión Financiera
					Área Ordenadora del Gasto

	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 3º 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.	4.1.7.2.9 Subprograma Estilos de vida saludable y abordaje de enfermedades no transmisibles con enfoque diferencial.	Sector 19 - Salud y protección social.	Meta 41072091901. Implementar en los 29 municipios procesos de asistencia técnica en los componentes de modos condiciones y estilos de vida saludables; el abordaje en la prevención y control de las enfermedades no trasmisibles y las alteraciones en salud bucal, visual y auditiva y, las enfermedades huérfanas/raras y autoinmunes (AR y LES).
--	--	--	--	---

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 técnica en los componentes de modos, condiciones y estilos de vida saludables, dirigidos a los municipios del departamento del Meta, incluyendo la prevención de enfermedades no transmisibles, las alteraciones en salud bucal, visual y auditiva, y las enfermedades huérfanas, raras y autoinmunes (AR y LES), conforme a los lineamientos nacionales vigentes.*

Valor: \$387,700,000.00. **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 LUIS MOLANO MORENO
 Gerente de Inversión Pública y Banco de Proyectos

Elaboró: CLARA POVEDA ROA - 16



Carrera 33 No 38-45 / Edificio Gobernación / Meta / Colombia
 PBX: (+57) 8 681 85 00 / Línea Gratuita nacional: 01 8000 129 202
www.meta.gov.co

 DEPARTAMENTO DEL META NIT. 892.000.149-6	CERTIFICADO DEL SUPERVISOR AUTORIZANDO PAGO	CÓDIGO:	F-BS-16
		VERSIÓN:	06

Contrato No. y Fecha:	1020 del 26 de enero de 2026.		
Contratista: (Persona natural o jurídica que figura en el contrato.)	DALMIRO HUMBERTO GARCIA CARAVALI	Nit./c.c.	86.079.820
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)	ALIX MONICA GONZALEZ RODRIGUEZ	c.c.	52.033.446
Objeto: (Transcribir del contrato) "REALIZAR PROCESOS DE ASISTENCIA TÉCNICA EN LOS COMPONENTES DE MODOS CONDICIONES Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES DIRIGIDOS A LOS MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO DEL META INCLUYENDO LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES LAS ALTERACIONES EN SALUD BUCAL VISUAL Y AUDITIVA Y LAS ENFERMEDADES HUÉRFANAS RARAS Y AUTOINMUNES AR Y LES CONFORME A LOS LINEAMIENTOS NACIONALES VIGENTES."			
Valor inicial del contrato: (Según Minuta) (Letras y Números)	Treinta y un millones ochocientos mil pesos (\$31.800.000.00) M/CTE.		
Término Inicial de Ejecución:	Seis (6) meses.		

Fecha de Inicio según Acta de Inicio:	27 /01/ 2026	Fecha Finalización según Acta de Inicio:	26 /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, cada una por valor de Cinco millones trescientos mil pesos (\$5.300.000) M/cte., previa certificación de cumplimiento expedido por el supervisor y acreditación de que s e 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:	1224 del 27 de enero de 2025	Inversión	X	Funcionamiento	N/A

 DEPARTAMENTO DEL META NIT. 897.000.148-8	CERTIFICADO DEL SUPERVISOR AUTORIZANDO PAGO	CÓDIGO:	F-BS-16
		VERSIÓN:	06

Rubro presupuestal:	030302-2.3.19.1905.0300.008.2.3.2.02.02.009-32
Valor: (Letras y Números)	Treinta y un millones ochocientos mil pesos (\$31.800.000.00) 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 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.

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

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.

Las demás que por naturaleza del contrato se requieran en el transcurso del mismo

Obligaciones Específicas del Contratista: (Transcribir del Estudio Previo)

- 1 Elaborar y presentar al supervisor el plan de trabajo de las actividades contractuales detallado que contemple las actividades, metas, cronograma y recursos necesarios para la implementación durante el periodo contractual, alineado con los lineamientos nacionales y departamentales."
- 2 Brindar acompañamiento técnico verificando el cumplimiento de la normatividad vigente y los lineamientos de las Rutas de Atención Integral en Salud (RIAS) para enfermedades cardiometabólicas (HTA, Diabetes, ERC, ACV) y respiratorias crónicas (EPOC, ASMA). La acción incluye el monitoreo de la adherencia a guías de práctica clínica y el fomento de Modos, Condiciones y Estilos de Vida Saludables (MCEVS) como estrategia de prevención primaria y secundaria modalidad presencial en los municipios de Lejanías, El castillo, El Dorado, Mesetas, Puerto Rico, Puerto López, San Juan de Arama Fuentedeoro, La Macarena, Guamal, y de manera virtual: El Calvario, Vistahermosa, Puerto Lleras, Puerto concordia, Granada del departamento del Meta
- 3 Promover los cursos virtuales para la promoción de estilos de vida saludables y prevención de las enfermedades cardio cerebrovasculares dirigido al talento humano en salud (médicos, Enfermeras y auxiliares de enfermería) de las EAPBs, IPS públicas y privadas de la plataforma de la OPS y MSPS en los 15 municipios asignados del departamento
- 4 Realizar acompañamiento técnico y Seguimiento a las EAPB para la implementación de programas para el tratamiento, para la cesación del consumo de tabaco, derivados, sucedáneos e imitadores.
- 5 Participar de manera proactiva en las mesas técnicas de análisis epidemiológico para evaluar el comportamiento de los indicadores asociados a los siguientes eventos enfermedades cardiometabólicas (HTA, Diabetes, ERC, ACV) y respiratorias crónicas (EPOC, ASMA). A partir de los reportes de Vigilancia en Salud Pública, se analizan tendencias, tasas de incidencia y mortalidad, con el fin de identificar brechas operativas y definir oportunidades de mejora en la gestión del riesgo en los municipios asignados.
- 6 Participar en el fortalecimiento del talento humano en salud, específicamente en los profesionales de Salud Social Obligatorio (SSO) y en el entorno universitario de los estudiantes de último semestre del programa de Medicina, con el objetivo de garantizar que el diagnóstico, tratamiento y seguimiento del Enfermedades cardiovasculares, EPOC y ASMA se realicen conforme a la normatividad y los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS).
- 7 Promover y realizar seguimiento a las actividades programadas en el marco de las celebraciones y/o conmemoraciones de los días nacionales e internacionales de salud pública, con enfoque en Modos y Estilos de Vida Saludables (MCyEVS) y la prevención de las Enfermedades No Transmisibles (ENT). En los municipios asignados.
- 8 Realizar visitas técnicas de seguimiento, monitoreo y evaluación integral a las EAPB (Famisanar, Nueva EPS, Salud Total, Sanitas, Capital Salud) y regímenes de excepción (DIGSA y Ecopetrol) para verificar la implementación y continuidad de los programas de atención integral en salud para el control de ECV, EPOC y ASMA
- 9 Realizar una mesa técnica para el seguimiento, monitoreo y evaluación de la implementación y continuidad de las acciones destinadas a garantizar la atención integral en salud para la prevención y control de las ECV y las Enfermedades respiratorias crónicas (EPOC y ASMA.), así como para promover Medidas Colectivas y Estilos de Vida Saludable (MCyEVS) en las Entidades Administradoras de Planes de Beneficio (EAPBs) presentes en el departamento del Meta.
- 10 Participar activamente en las reuniones convocadas por la Gerencia de Promoción y Prevención y el Equipo de Gestión de la Secretaría de Salud del Meta, con el fin de realizar el seguimiento a las metas del Plan de Desarrollo, procesos de gestión y necesidades identificadas. Asimismo, elaborar y presentar los informes requeridos por las entidades de control, la Gobernación del Meta, la Gerencia de Promoción y Prevención, y otros según los requerimientos establecidos."

 DEPARTAMENTO DEL META NIT. 892.030.149-8	CERTIFICADO DEL SUPERVISOR AUTORIZANDO PAGO	CÓDIGO:	F-BS-16
		VERSIÓN:	06

11	Participar en las reuniones mensuales del programa, convocadas por la referente de la Dimensión de Enfermedades No Transmisibles, con el fin de socializar los hallazgos identificados en las asistencias técnicas realizadas a las EAPBs, red prestadora y municipios asignados y seguimiento acciones y/o compromisos de mejora establecidos.
12	Realizar el seguimiento técnico concurrente y la verificación de campo a la ejecución de las intervenciones colectivas en los municipios asignados, supervisando que las actividades de los componentes de Modos, Condiciones y Estilos de Vida Saludables (EVS), así como las estrategias de prevención y detección temprana de las ECV, diabetes, ERC y las Enfermedades respiratorias crónicas (EPOC y ASMA) se desarrollen bajo los estándares de calidad y lineamientos operativos definidos en el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) Departamental.
13	Participar activamente en las reuniones convocadas por la Gerencia de Promoción y Prevención y referente de la mesa de seguimiento a la ruta de promoción y mantenimiento de la salud de los cursos de vida primer infancia, infancia y adolescencia de la Secretaría de Salud del Meta,
14	Participar activamente en las reuniones convocadas por la Gerencia de Promoción y Prevención y referente de la mesa de seguimiento a la ruta de promoción y mantenimiento de la salud de los cursos de vida juventud, adultez y vejez de la Secretaría de Salud del Meta.
15	Hacer entrega de los documentos generados a la supervisora del contrato de acuerdo al Procedimiento para la Organización de Archivos (P-RF-13) y aplicación de las Tablas de Retención Documental (TRD) Versión 3. Asistencia a reuniones de capacitación y seguimiento
16	Realizar las demás actividades e informes que le asigne el supervisor inmediato relacionadas con la naturaleza del contrato por los entes rectores departamentales y nacionales.
Modificaciones: (Transcribir las cláusulas modificadas) (Si no existen modificaciones diligencie N/A)	
N/A	

Periodo de Pago:	Del	27/06/2026	Al	26/07/2026	
Tipo de Pago:	Anticipo	N/A	Parcial	N/A	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)	Cinco millones trescientos mil de pesos (\$5.300.000)

No. R.P. A Afectar	Rubro Presupuestal	Clasificador Presupuestal	Valor a Afectar
1224	030302- 2.3.19.1905.0300.008.2.3.2.02.02.009-32	91122	\$ 5.300.000
N/A	N/A	N/A	N/A
Valor Total Autorizado a Pagar (números máximo 2 decimales)			\$ 5.300.000

Lugar donde se suministra los bienes o se presta el Servicio: (Según contrato)	
En los municipios: LEJANÍAS, EL CASTILLO, EL DORADO, MESETAS, PUERTO RICO, PUERTO LÓPEZ, SAN JUAN DE ARAMA FUENTEDEORO, LA MACARENA, GUAMAL, Y DE MANERA VIRTUAL: EL CALVARIO, VISTAHERMOSA, PUERTO LLERAS, PUERTO CONCORDIA Y GRANADA Departamento del Meta.	
Municipio (Según Ejecución del Periodo de Pago)	Valor
Villavicencio	\$5.123.334
El Castillo	\$176.666

 DEPARTAMENTO DEL META NIT. 802.000.148-8	CERTIFICADO DEL SUPERVISOR AUTORIZANDO PAGO	CÓDIGO:	F-BS-16
		VERSIÓN:	06

Valor Total Autorizado a Pagar (números máximo 2 decimales)	\$ 5.300.000
--	---------------------

*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		Valor (Números máximo 2 Decimales)	% Ejecución Financiera
	DD/MM/AAAA			
	Del	Al		
Primer Pago	27/01/2026 ✓	26/02/2026 ✓	✓ \$ 5.300.000	16.67%
Segundo Pago	27/02/2026 ✓	26/03/2026 ✓	✓ \$ 5.300.000	16,67%
Tercer pago	27/03/2026 ✓	26/04/2026 ✓	✓ \$ 5.300.000	16,67%
Cuarto Pago	27/04/2026 ✓	26/05/2026 ✓	✓ \$ 5.300.000	16,67%
Quinto Pago	27/05/2026 ✓	26/06/2026 ✓	✓ \$ 5.300.000	16,67%
Pago Autorizado en el Presente Informe (Final)	27/06/2026 ✓	26/07/2026 ✓	✓ \$ 5.300.000	16,65%
Valor Total del Contrato Inicial	27/01/2026 ✓	26/07/2026 ✓	✓ \$31.800.000	100%
*Inserte o Elimine filas si requiere.				
**Diligenciar en orden cronológico				

Balance Financiero de Ejecución de la Adición			
Concepto	Periodo de Pago	Valor	

 DEPARTAMENTO DEL META NIT. 802.030.148-8	CERTIFICADO DEL SUPERVISOR AUTORIZANDO PAGO	CÓDIGO:	F-BS-16
		VERSIÓN:	06

	DD/MM/AAAA		(Números máximo 2 Decimales)	% Ejecución Financiera
	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	\$31.800.000
--	---------------------

Pago de Seguridad Social (Persona Natural)	Datos	Datos
Periodo Cotizado	JUNIO DE 2026	JULIO DE 2026
Número de Planilla	1082184775	1083021944
IBC (Ingreso Base de Cotización)	\$2.120.000	\$2.120.000
Valor pagado a SALUD	\$265.000	\$265.000
Valor pagado a PENSIÓN	\$339.200	\$339.200
Valor pagado a ARL	\$22.200	\$22.200
Valor pagado a FSP	N/A	N/A

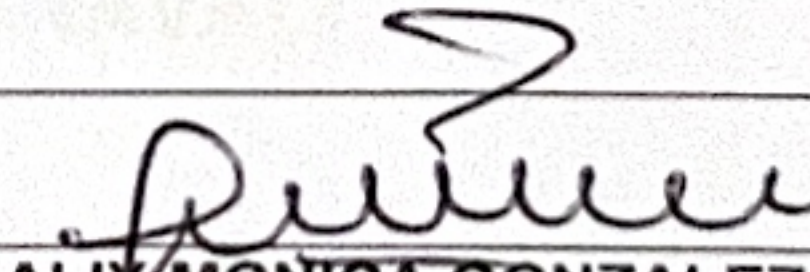
*Inserte COLUMNA por cada planilla de pago
*Si es persona JURÍDICA se diligencia con N/A

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 31 de julio de 2026

Cordialmente,

Firma:	
Nombre:	ALIX MONICA GONZALEZ RODRIGUEZ
Cargo	Gerente de Promoción y Prevención
	Supervisora

Villavicencio, 31 de julio de 2026

CUENTA DE COBRO No 06

EL DEPARTAMENTO DEL META

NIT: 892.000.148-8

DEBE A:

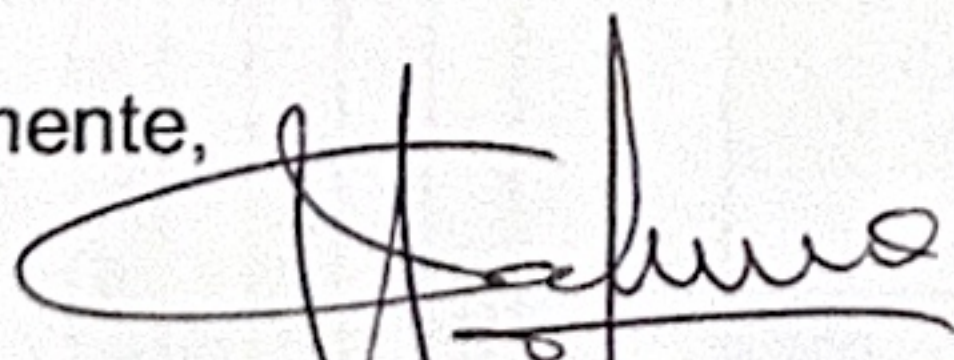
DALMIRO HUMBERTO GARCIA CARAVALI, identificado con la cedula de ciudadanía No. 86.079.820 de Villavicencio. **POR CONCEPTO DE: "REALIZAR PROCESOS DE ASISTENCIA TÉCNICA EN LOS COMPONENTES DE MODOS CONDICIONES Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES DIRIGIDOS A LOS MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO DEL META INCLUYENDO LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES LAS ALTERACIONES EN SALUD BUCAL VISUAL Y AUDITIVA Y LAS ENFERMEDADES HUÉRFANAS RARAS Y AUTOINMUNES AR Y LES CONFORME A LOS LINEAMIENTOS NACIONALES VIGENTES."**. Según Contrato de Prestación de Servicios No 1020 del 26 de enero de 2026. registro presupuestal No 1224 de 27 de enero de 2026. En el periodo comprendido del **27 de junio al 26 de julio de 2026**. Por servicios prestados en:

MUNICIPIO	NUMERO DE DIAS	VALOR DIA CONTRATO	TOTAL
VILLAVICENCIO	29	\$176.666,67	\$5.123.334
EL CASTILLO	1	\$176.666,67	\$176.666
TOTAL			\$5.300.000

VALOR A PAGAR: CINCO MILLONES TRESCIENTOS MIL PESOS (\$5.300.000) M/CTE

Manifiesto bajo gravedad de juramento, que los aportes efectuados al sistema de Seguridad Social correspondiente al mes de **planilla correspondiente al mes de junio No 1082184775 y julio No 1083021944** por un valor de **\$626.400 y \$626.400** que fue pagadas sobre el IBC ordenado por la Ley, y que pueden ser tomados para disminuir la base de retención en la fuente ya que no ha sido tenidos en cuenta para disminución de este impuesto en ningún otro pago, lo anterior de conformidad al Decreto 12/2010 emitido por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

Cordialmente,

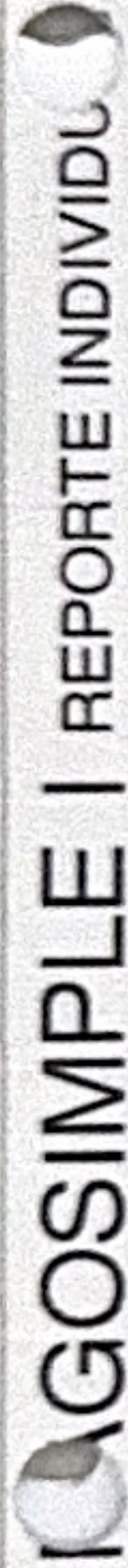


DALMIRO HUMBERTO GARCIA CARAVALI

CC: 86.079.820 de Villavicencio

Celular: 3232217207

Correo electrónico: garciadalmiro@gmail.com



GO SIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Periodo Servicio 202606

Cliente:

PAGADA 2026-06-24

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	DALMIRO GARCIA		
Documento	CC 86079820	Dirección	CR 37 #11 B - 35 SEPTIMA LA ESPERANZA
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3232217207
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	VILLAVICENCIO	Departamento	META
Representante Legal		Identificación	
			Total Afiliados 1

II. DATOS DEL AFILIADO

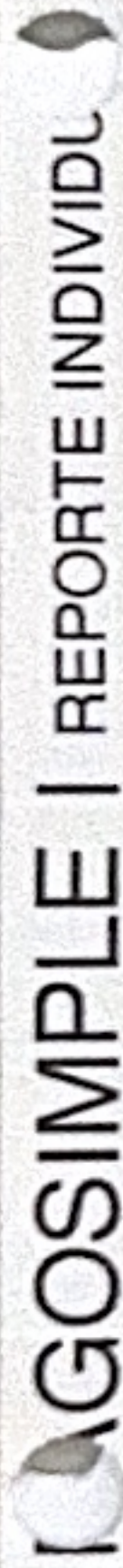
Documento		CC 86079820	Residente	Exonerado	N	Apellidos y Nombres	Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
Tipo Cotizante	59	00							
GARCIA CARAVALI DALMIRO HUMBERTO							50001000 - 50		META

III. APOORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

[illegible]

IV. TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PROTECCION	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	SALUD TOTAL EPS	POSITIVA DE SEGUROS	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
\$ 339 200	\$ 0	\$ 0	\$ 265 000	\$ 22 200	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 628 400



Número Planilla 1083021944

Período Servicio 202607

PAGADA 2026-07-15

Razón Social	DALMIRO GARCIA		
Documento	CC 86079820	Dirección	CR 37 #11 B - 35 SEPTIMA LA ESPERANZA
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3232217207
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	VILLAVICENCIO	Departamento	META
Representante Legal		Identificación	
			Total Afiliados 1

Documento	CC 86079820	Residente	Exonerado	N	Apellidos y Nombres	Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
Tipo Cotizante	59							
					GARCIA CARAVALI DALMIRO HUMBERTO			
					50001000 - 50			
					META			

Novedades										Pensión				Salud				Riesgos				Caja				Parafiscales			
		Tipo salario		Salario		Código Trá. AFP		Total Aponte AFP		Total Aponte FBP		Código Trá. EPS		Total Aponte EPS		Código Trá. ARL		Total Aponte ARL		Código Trá. CCFF		Total Aponte CCFF		Código Trá. Aporte SENA		Total Aponte SENA			
NO	EXT	0	130	200	0	2 120 000	250001	15 %	\$ 120 000	\$ 335 200	\$ 0	\$ 0	EP5002	\$ 2 120 000	\$ 255 000	\$ 0	14-23	2	1 044 %	\$ 2 120 000	\$ 22 200	NN-CC	0 %	\$ 0	0 %	\$ 0	0 %	\$ 0	
NO	INT	0	130	200	0	2 120 000	250001	15 %	\$ 120 000	\$ 335 200	\$ 0	\$ 0	EP5002	\$ 2 120 000	\$ 255 000	\$ 0	14-23	2	1 044 %	\$ 2 120 000	\$ 22 200	NN-CC	0 %	\$ 0	0 %	\$ 0	0 %	\$ 0	
NO	TAR	0	130	200	0	2 120 000	250001	15 %	\$ 120 000	\$ 335 200	\$ 0	\$ 0	EP5002	\$ 2 120 000	\$ 255 000	\$ 0	14-23	2	1 044 %	\$ 2 120 000	\$ 22 200	NN-CC	0 %	\$ 0	0 %	\$ 0	0 %	\$ 0	
NO	TAR	0	130	200	0	2 120 000	250001	15 %	\$ 120 000	\$ 335 200	\$ 0	\$ 0	EP5002	\$ 2 120 000	\$ 255 000	\$ 0	14-23	2	1 044 %	\$ 2 120 000	\$ 22 200	NN-CC	0 %	\$ 0	0 %	\$ 0	0 %	\$ 0	
NO	TAR	0	130	200	0	2 120 000	250001	15 %	\$ 120 000	\$ 335 200	\$ 0	\$ 0	EP5002	\$ 2 120 000	\$ 255 000	\$ 0	14-23	2	1 044 %	\$ 2 120 000	\$ 22 200	NN-CC	0 %	\$ 0	0 %	\$ 0	0 %	\$ 0	
NO	TAR	0	130	200	0	2 120 000	250001	15 %	\$ 120 000	\$ 335 200	\$ 0	\$ 0	EP5002	\$ 2 120 000	\$ 255 000	\$ 0	14-23	2	1 044 %	\$ 2 120 000	\$ 22 200	NN-CC	0 %	\$ 0	0 %	\$ 0	0 %	\$ 0	
NO	TAR	0	130	200	0	2 120 000	250001	15 %	\$ 120 000	\$ 335 200	\$ 0	\$ 0	EP5002	\$ 2 120 000	\$ 255 000	\$ 0	14-23	2	1 044 %	\$ 2 120 000	\$ 22 200	NN-CC	0 %	\$ 0	0 %	\$ 0	0 %	\$ 0	
NO	TAR	0	130	200	0	2 120 000	250001	15 %	\$ 120 000	\$ 335 200	\$ 0	\$ 0	EP5002	\$ 2 120 000	\$ 255 000	\$ 0	14-23	2	1 044 %	\$ 2 120 000	\$ 22 200	NN-CC	0 %	\$ 0	0 %	\$ 0	0 %	\$ 0	
NO	TAR	0	130	200	0	2 120 000	250001	15 %	\$ 120 000	\$ 335 200	\$ 0	\$ 0	EP5002	\$ 2 120 000	\$ 255 000	\$ 0	14-23	2	1 044 %	\$ 2 120 000	\$ 22 200	NN-CC	0 %	\$ 0	0 %	\$ 0	0 %	\$ 0	
NO	TAR	0	130	200	0	2 120 000	250001	15 %	\$ 120 000	\$ 335 200	\$ 0	\$ 0	EP5002	\$ 2 120 000	\$ 255 000	\$ 0	14-23	2	1 044 %	\$ 2 120 000	\$ 22 200	NN-CC	0 %	\$ 0	0 %	\$ 0	0 %	\$ 0	
NO	TAR	0	130	200	0	2 120 000	250001	15 %	\$ 120 000	\$ 335 200	\$ 0	\$ 0	EP5002	\$ 2 120 000	\$ 255 000	\$ 0	14-23	2	1 044 %	\$ 2 120 000	\$ 22 200	NN-CC	0 %	\$ 0	0 %	\$ 0	0 %	\$ 0	
NO	TAR	0	130	200	0	2 120 000	250001	15 %	\$ 120 000	\$ 335 200	\$ 0	\$ 0	EP5002	\$ 2 120 000	\$ 255 000	\$ 0	14-23	2	1 044 %	\$ 2 120 000	\$ 22 200	NN-CC	0 %	\$ 0	0 %	\$ 0	0 %	\$ 0	
NO	TAR	0	130	200	0	2 120 000	250001	15 %	\$ 120 000	\$ 335 200	\$ 0	\$ 0	EP5002	\$ 2 120 000	\$ 255 000	\$ 0	14-23	2	1 044 %	\$ 2 120 000	\$ 22 200	NN							

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PROTECCION	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	SALUD TOTAL EPS	POSITIVA DE SEGUROS	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
\$ 339 200	\$ 0	\$ 0	\$ 265 000	\$ 22 200	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 628 400

 DEPARTAMENTO DEL META 807 800 000 1000	ACTA DE FINALIZACIÓN DE CONTRATO O CONVENIO	CÓDIGO:	F-BS-17
		VERSIÓN:	5

**ACTA DE FINALIZACIÓN DEL CONTRATO DE CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS
PROFESIONALES No. 1020 DEL AÑO 2026 CELEBRADO ENTRE EL DEPARTAMENTO DEL META Y
DALMIRO HUMBERTO GARCIA CARAVALI.**

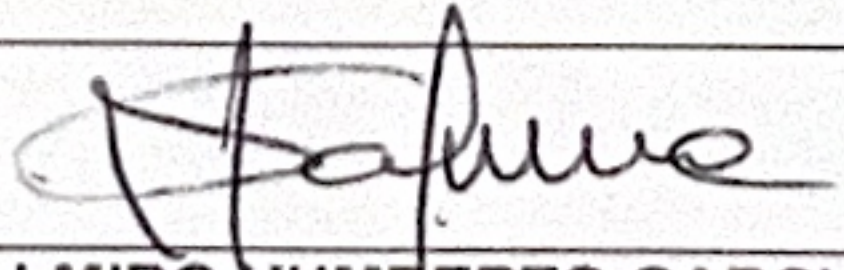
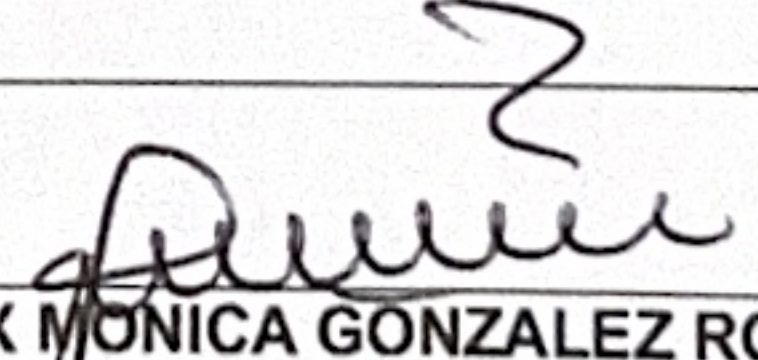
Contrato No. y Fecha:	1020 del 26 de enero de 2026		
Registro Presupuestal No. y Fecha: (Relacione todos los Registros Presupuestales)	1224 del 27 de enero de 2026		
Contratista:	DALMIRO HUMBERTO GARCIA CARAVALI	c.c. o Nit. No.	86.079.820
Representante Legal:	N/A	c.c. No.	N/A
Supervisor:	ALIX MONICA GONZALEZ RODRIGUEZ	c.c. No.	52.033.446
Objeto: (Transcribir del contrato o del documento que haga sus veces)			
REALIZAR PROCESOS DE ASISTENCIA TÉCNICA EN LOS COMPONENTES DE MODOS, CONDICIONES Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES, DIRIGIDOS A LOS MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO DEL META, INCLUYENDO LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES, LAS ALTERACIONES EN SALUD BUCAL, VISUAL Y AUDITIVA, Y LAS ENFERMEDADES HUÉRFANAS, RARAS Y AUTOINMUNES (AR Y LES), CONFORME A LOS LINEAMIENTOS NACIONALES VIGENTES.			
Valor Inicial del Contrato: (Letras y Números)	Treinta y un millones ochocientos mil pesos (\$31.800.000.00) m/cte.		
Término Inicial de Ejecución:	seis (6) meses		
Fecha de Inicio: Según Acta de Inicio	27/01/2026	Fecha Finalización: Según Acta de Inicio	26/07/2028

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)
*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) **ALIX MONICA GONZALEZ RODRIGUEZ**, Supervisor(a) delegado(a) identificado(a) con cédula de ciudadanía número 52.033.446, y **DALMIRO HUMBERTO GARCIA CARAVALI** . identificado(a) con cédula de ciudadanía número 86.079.820, suscriben la presente Acta de Finalización, previa verificación de todos los documentos y requisitos legales.

En constancia se firma, el 31 de julio de 2026

Firma:		
Nombre:	DALMIRO HUMBERTO GARCIA CARAVALI	ALIX MONICA GONZALEZ RODRIGUEZ
	Contratista	Supervisor