



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

CÓDIGO:

F-BS-15

VERSIÓN:

6

Fecha de Elaboración del Reconocimiento:	27/11/2025	Periodo de Pago:	Del	22/10/2025	Al	21/11/2025
Contrato No. y Fecha:	1175 de 21/05/2025					
Contratista:	NELSY BERNAL DUARTE					
Representante Legal:	N/A			c.c. o Nit. No.	31.036.935	
Tipo de Pago:	Parcial	x	Final	c.c. No.	N/A	
				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)	X	N/A	X	N/A
2	COPIA DEL CERTIFICADO DE BANCO DE PROGRAMAS Y PROYECTOS (Todos los pagos con proyectos de inversión y en la adición)	N/A	N/A	N/A	N/A
3	ORIGINAL CERTIFICADO SUPERVISOR AUTORIZANDO EL PAGO (F-BS-16)	X	X	X	X
4	COMPROBANTE DE ENTRADA A ALMACÉN (Para Contratos de suministro) (Copia Hacienda – Original Jurídica)	N/A	N/A	N/A	N/A
5	FACTURA DE VENTA O CUENTA DE COBRO DE BIENES O SERVICIOS (Original Hacienda – Copia Jurídica)	X	X	X	X
6	COPIA ACTA DE INICIO (F-BS-12) (Primer Pago)	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)	X	N/A	X	N/A
9	COPIA RUT. o NIT. COMPLETO (Primer pago o Cesión del contrato) En Uniones Temporales o Consorcio presentar RUT completo de los participantes	N/A	N/A	N/A	N/A
10	COPIA ACTO ADMINISTRATIVO DE DESIGNACIÓN DEL SUPERVISOR (Primer pago o si hay cambio de supervisor) (Nota 23)	N/A	N/A	N/A	N/A
11	CERTIFICACIÓN BANCARIA (Primer pago o si realiza cambio de cuenta)	N/A	N/A	N/A	N/A
12	PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL <ul style="list-style-type: none">Planilla integrada en la que conste el pago de aporte y el IBC. (Persona Natural).Esquema de presunción de costos, de acuerdo a lo establecido por el Ministerio de Salud y Protección Social y la UGPP. (Trabajadores independientes por cuenta propia o con contrato diferente a prestación de servicios)Certificado expedido por el representante legal o revisor fiscal (Si está obligado a tenerlo), donde acredite que se encuentra a paz y salvo con aportes a seguridad social y parafiscales durante los últimos 6 meses, anexando tarjeta profesional, c.c. y antecedentes de la profesión vigentes del revisor fiscal (Persona Jurídica)	X	X	X	X
13	COPIA CERTIFICADO DE AFILIACIÓN ARL (Primer pago del contrato inicial, cesión, o prorrogación) (Persona Natural)	N/A	N/A	N/A	N/A
14	INFORME DEL CONTRATISTA	N/A	X	X	X
15	INFORME DEL SUPERVISOR (F-BS-23)	N/A	X	X	X
16	ACTA DE FINALIZACIÓN (F-BS-17)	N/A	N/A	N/A	N/A
17	ACTA DE LIQUIDACIÓN (F-BS-34) (Nota 14 y 15)	N/A	N/A	N/A	N/A
18	ACTA PARCIAL DE OBRA Y/O RECIBO FINAL (Todos los pagos con proyectos de inversión y la adición)	N/A	N/A	N/A	N/A
19	SALIDA DE ALMACÉN – INSTALACIÓN DE BIENES (Firmada) (Para contratos de suministro) (Copia Hacienda – Original Jurídica)	N/A	N/A	N/A	N/A

Valor a Pagar (Letras y Números):

tres millones cuatrocientos sesenta y nueve mil novecientos diez pesos (\$3.469.910.00) M/CTE

Cordialmente,

Firma:		Firma:	
Nombre:	ANA ZENIT ARGOTE PEREZ	Nombre:	CRISTIAN CAMILO CESPEDES RAMOS
Cargo:	Secretaria De Salud Del Meta Ordenador del Gasto	Cargo:	Gerente Administrativo de Salud Supervisor

Firma:		Firma:	
Nombre:	CRISTIAN CAMILO CESPEDES RAMOS	Nombre:	CRISTIAN CAMILO CESPEDES RAMOS
Cargo:	Gerente Administrativo de Salud	Cargo:	Gerente Administrativo de Salud
Acción:	Revisión del Directivo	Acción:	Revisión Jurídica
Area Ordenadora del Gasto		Revisión Financiera	





GOBERNACION DEL META

NIT. 892000148-8

REGISTRO PRESUPUESTAL DE COMPROMISOS

Registro No. **12828**

Vigencia: 2.025

Fecha de Compromiso: 21 de noviembre de 2025

Beneficiario BERNAL DUARTE NELSY

No. C.D.P. : 5253

Nit: 31036935 - 1

Tipo de Compromiso Servicio

Fecha de Expedición del C.D.P.: 21 de noviembre de 2025

Con Formalidades Plenas

Contr. Adic.: 1175 Fecha: 21/11/2025 Vence: 31/12/2025

Objeto: ADICION No 1 Y PRORROGA No 1 AL CONTRATO No 1175 DE 2025 CUYO OBJETO ES SERVICIO DE FOTOCOPIADO ANILLADO Y EMPASTADO DE LA SECRETARIA DE SALUD DEL META

Cto.Utilidad : FONDO LOCAL DE SALUD

Regional DEPARTAMENTO DEL META

Identificación Presupuestal	Concepto	Valor
03030101 - 2.1.2.02.02.008 - 89	Adquisiciones diferentes de activos Servicios prestados a las empresas y servicios de producción Recurso de la Nacion-Destinación Especifica ETESA Clasificadores --85951	3.500.000,00
Total Compromisos		\$3.500.000,00

Programación de Pagos	
Mes	Valor
Diciembre	\$3.500.000,00
Valor Total Prog.	\$3.500.000,00

Gerente de Presupuesto

 DEPARTAMENTO DEL META NIT. 892.000.146-8	CERTIFICADO DEL SUPERVISOR AUTORIZANDO PAGO	CÓDIGO:	F-BS-16
		VERSIÓN:	06

Contrato No. y Fecha:	1175 del 21 de mayo de 2025		
Contratista: (Persona natural o jurídica que figura en el contrato.)	NELSY BERNAL DUARTE	Nit./c.c.	31.036.935
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)	CRISTIAN CAMILO CESPEDES RAMOS	c.c.	1.121.823.987
Objeto: (Transcribir del contrato)			
SERVICIO DE FOTOCOPIADO ANILLADO Y EMPASTADO DE LA SECRETARIA DE SALUD DEL META			
Valor inicial del contrato: (Según Minuta) (Letras y Números)	Veintiún Millones Pesos Mcte (\$21.000.000)		
Término Inicial de Ejecución:	seis (6) Meses		

Fecha de Inicio según Acta de Inicio:	22/05/2025	Fecha Finalización según Acta de Inicio:	21/11/2025
--	------------	---	------------

Modificaciones (Adiciones, Prórrogas, Suspensiones, Cesiones, Reinicios, Reducciones y Otras)			
Tipo de Modificación	Valor de la Modificación (Cuando Aplique)	Fecha de expedición del documento	Tiempo de Modificación (Cuando Aplique)
ADICION Y/O PRORROGA	\$3.500.000.00	21/11/2025	UN (1) MES
*Si no existen modificaciones diligencie casillas con N/A			
**Inserte filas si requiere			

Término Total de Ejecución: (Solo cuando existan modificaciones)	Siete (7) meses	Fecha Finalización: (Solo cuando existan modificaciones)	21/12/2025
Valor total del contrato +/- las modificaciones: (Solo cuando existan modificaciones) (Letras y Números)	veinticuatro millones quinientos mil pesos mcte (\$24.500.000.00)		
*Si no existen modificaciones diligencie casillas con N/A			

Forma de Pago: (Transcribir del contrato o del documento que haga sus veces)
El Departamento del Meta desembolsará los dineros presupuestados para la futura contratación de la siguiente manera
PAGOS: El Departamento del Meta desembolsará los dineros presupuestados para la futura contratación de la siguiente manera:
El Departamento del Meta pagará al contratista el valor total del contrato mediante pagos parciales presentados durante el término de ejecución del contrato PARAGRAFO: Para el pago correspondiente el Contratista deberá adjuntar: a) informe debidamente avalado por el supervisor, b) certificación expedida por el Supervisor avalando el cumplimiento del objeto del contrato, c) Factura, d) Pago al Sistema General de Seguridad Social en Salud y Pensión, riesgos profesionales y parafiscales si a ello hubiera lugar; y

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

los demás requisitos y trámites enunciados en formato de "Reconocimiento y Pago" publicado en la página web de la Gobernación del Meta.

Registro Presupuestal (Contrato Inicial):

Número y Fecha:	5521 del 22/05/2025	Inversión	Funcionamiento	X
Rubro presupuestal:	03030101-2.1.2.02.02.008-20			
Valor: (Letras y Números)	Veintiún Millones Pesos Mcte (\$21.000.000)			
*Realice copia de la tabla si tiene más de un Registro Presupuestal				

Registro Presupuestal (Adición):

Número y Fecha:	12828 del 21/11/2025	Inversión	N/A	Funcionamiento	X
Rubro presupuestal:	03030101-2.1.2.02.02.008-89				
Valor: (Letras y Números)	tres millones quinientos mil pesos mcte (\$3.500.000.00)				
*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. Las demás contenidas en la propuesta y que hacen parte integral del presente contrato.
3. 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.
4. +
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
7. ofertado
8. 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.
9. 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.
10. Presentar Informe de Ejecución previo a los pagos y demás soporte documental y cada vez que sea requerido por el Supervisor.
11. Suscribir Actas de Inicio, Finalización y Liquidación del contrato
12. Cobrar los bienes y/o servicios suministrados y certificados por el Supervisor, con cargo al contrato, 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, que se encuentran publicados en la página web de la
13. entidad
14. 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.
15. Las demás que por naturaleza del contrato se requieran en el transcurso de la
16. misma

Obligaciones Específicas del Contratista: (Transcribir del Estudio Previo)

- 1) Prestar el servicio de fotocopiado, anillado, estampado, de la siguiente manera, conforme a las especificaciones técnicas requeridas por la Secretaría de Salud del Meta, de conformidad con la

 DEPARTAMENTO DEL META NIT. 892.000.146-9	CERTIFICADO DEL SUPERVISOR AUTORIZANDO PAGO	CÓDIGO:	F-BS-16
		VERSIÓN:	06

propuesta presentada, y en las condiciones de tiempo, modo y lugar, mínimos señalados en los Estudios Previos:

ITEM	SERVICIO	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	UNID MEDIDA	CAN T
1	SERVICIO DE FOTOCOPIADO, PREVIA AUTORIZACION DE LA SECRETARIA DE SALUD DEL META	Fotocopias tamaño carta, copia foto estática en negro.	UNID	1
		Fotocopias tamaño oficio, copia foto estática en negro.	UNID	1
		Fotocopias tamaño carta, copia foto estática a color.	UNID	1
		reducción o ampliación al 150%, previa autorización de la secretaria de salud	UNID	1
		Fotocopias tamaño oficio, copia foto estática a color.	UNID	1
2	SERVICIO DE ANILLADO O ARGOLLADO, PREVIA AUTORIZACION DE LA SECRETARIA DE SALUD	Anillado o argollado, en plástico con sistema velobinder con pasta polycover de 1 a 100 hojas.	UNID	1
		Anillado o argollado, en plástico con sistema velobinder con pasta polycover de 100 a 300 hojas.	UNID	1
3	SERVICIO DE ESTAMPADO, PREVIA AUTORIZACION DE LA SECRETARIA DE SALUD	Estampado de hasta 1 a 100 hojas.	UNID	1
		Estampado de hasta 100 a 300 hojas,	UNID	1

- 2) El contratista deberá disponer de equipos de fotocopiado a una distancia no mayor a 200 metros lineales de las instalaciones de la Secretaría de Salud del Meta, a fin de atender oportunamente las solicitudes y necesidades de la entidad.
- 3) Prestar los servicios en su totalidad y con los requerimientos técnicos mínimos exigidos en el pliego de condiciones, con las condiciones de tiempo, modo y lugar precisados en el estudio, en el pliego de condiciones, ofertados en la propuesta y en el contrato.
- 4) Los servicios deben ser prestados con excelente calidad, y cumplir con las unidades autorizadas.
- 5) Aceptar los procedimientos administrativos que determine el departamento a través de la Secretaria de salud del Meta para la ejecución del contrato.
- 6) Informar oportunamente al supervisor del contrato, de cualquier situación que pueda afectar la correcta ejecución del mismo.
- 7) El contratista deberá tener afiliado a todo el personal que destinara para la ejecución del objeto a contratar, al sistema general de seguridad social integral e igualmente estar al día en el pago de los anteriores aportes y en el pago de sus obligaciones, parafiscales durante la vigencia del contrato de acuerdo a las disposiciones del régimen laboral colombiano, en el artículo 50 de la ley 789 de 2002 y demás normas concordantes.
- 8) Presentar informe de ejecución mensual, copia del pago legible del comprobante del aporte mensual al sistema de seguridad social (salud, pensión, riesgos profesionales y parafiscales) en los términos establecidos en la ley.

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

ADICION Y/O PRORROGA 1

CLÁUSULA PRIMERA - OBJETO: ADICIÓN N° 1 DEL CONTRATO No. 1175 DE 2025 CUYO OBJETO ES: SERVICIO DE FOTOCOPIADO ANILLADO Y EMPASTADO DE LA SECRETARIA DE SALUD DEL META.

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

CLÁUSULA SEGUNDA - VALOR DE LA ADICIÓN: El valor de la presente adición de acuerdo presupuesto oficial, será de TRES MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS (\$3.500.000) M/CTE.

CLÁUSULA TERCERA - TÉRMINO DE LA PRÓRROGA: El término de la presente prórroga será de UN (1) MES, es decir, hasta el 21 de diciembre de 2025.

CLÁUSULA CUARTA - FORMA DE PAGO DE LA ADICIÓN: EL DEPARTAMENTO pagará al CONTRATISTA, el valor adicionado de conformidad con la forma de pago establecida en el CONTRATO No. 1175 DE 2025

Periodo de Pago:	Del	22/10/2025	Al	21/11/2025	
Tipo de Pago:	Anticipo	Parcial	X	Final	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

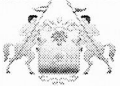
Valor Total Autorizado a Pagar	
Valor Total Autorizado a Pagar (Letras y números, máximo 2 Decimales)	tres millones cuatrocientos sesenta y nueve mil novecientos diez pesos (\$3.469.910.00) M/CTE

No. R.P. A Afectar	Rubro Presupuestal	Clasificador Presupuestal	Valor a Afectar
5521	03030101-2.1.2.02.02.008-20	85951	\$3.469.910.00
N/A	N/A	N/A	N/A
Valor Total Autorizado a Pagar (números máximo 2 decimales)			\$3.469.910.00

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	\$3.469.910.00
Valor Total Autorizado a Pagar (números máximo 2 decimales)	\$3.469.910.00
*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

Amortización del Anticipo

 DEPARTAMENTO DEL META NIT. 892.000.146-8	CERTIFICADO DEL SUPERVISOR AUTORIZANDO PAGO	CÓDIGO:	F-BS-16
		VERSIÓN:	06

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	22/05/2025 ✓	21/06/2025 ✓	\$3.499.940.00 ✓	16.67% ✓
Segundo pago	22/06/2025 ✓	21/07/2025 ✓	\$3.499.880.00 ✓	16.67% ✓
Tercer pago	22/07/2025 ✓	21/08/2025 ✓	\$3.435.660.00 ✓	16.36% ✓
Cuarto pago	22/08/2025 ✓	21/09/2025 ✓	\$3.479.960.00 ✓	16.57% ✓
Quinto pago	22/09/2025 ✓	21/10/2025 ✓	\$3.499.340.00 ✓	16.66% ✓
Pago Autorizado en el Presente Informe	22/10/2025 ✓	21/11/2025 ✓	\$3.469.910.00 ✓	16.52% ✓
Saldo del Contrato Pendiente por Ejecutar	22/11/2025 ✓	21/12/2025 ✓	\$115.310.00 ✓	0.55% ✓
Valor Total del Contrato Inicial	22/05/2025 ✓	21/11/2025 ✓	\$21.000.000.00 ✓	100% ✓
*Inserte o Elimine filas si requiere.				
**Diligenciar en orden cronológico				

*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		
Valor adición	22/11/2025✓	21/12/2025✓	\$3.500.000.00✓	100%✓
Saldo del Contrato Pendiente por Ejecutar	22/11/2025✓	21/12/2025✓	\$3.500.000.00✓	100%✓
Valor Total de la Adición	22/11/2025✓	21/12/2025✓	\$3.500.000.00✓	100%✓
*Inserte o Elimine filas si requiere.				
**Si no existe Adición diligencie casillas con N/A				
***Diligenciar en orden cronológico.				

*Inserte o Elimine filas si requiere.

**Si no existe Adición diligencie casillas con N/A

***Diligenciar en orden cronológico.



CERTIFICADO DEL SUPERVISOR
AUTORIZANDO PAGO

CÓDIGO: F-BS-16

VERSIÓN: 06

****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

\$24.500.000.00

Pago de Seguridad Social (Persona Natural)	Datos
Periodo Cotizado	noviembre/2025
Número de Planilla	8391326005
IBC (Ingreso Base de Cotización)	\$1.800.000
Valor pagado a SALUD	\$225.000
Valor pagado a PENSIÓN	\$288.000
Valor pagado a ARL	\$9.400
Valor pagado a FSP	\$0
*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 27/11/2025

Cordialmente,

Firma:	
Nombre:	CRISTIAN CAMILO CESPEDES RAMOS
Cargo:	Gerente Administrativo De Salud
Supervisor	

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :

dbfb9938afda27209acce556b4cedae7f132ceec60a470929d42676fd6ea729f022f8cd185f5071987d24575830f7131

Número de Factura: NB-110

Forma de pago: Contado

Fecha de Emisión: 26/11/2025

Medio de Pago: Consignación bancaria

Fecha de Vencimiento: 26/11/2025

Orden de pedido:

Tipo de Operación: 10 - Estándar

Fecha de orden de pedido:

Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: BERNAL DUARTE NELSY

Nombre Comercial: BERNAL DUARTE NELSY

Nit del Emisor: 31036935

País: Colombia

Tipo de Contribuyente: Persona Natural

Departamento: Meta

Régimen Fiscal: R-99-PN

Municipio / Ciudad: Villavicencio

Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica

Dirección: CL 37 41 89 BRR BARZAL

Actividad Económica: 8219

Teléfono / Móvil: 3105762065

Correo: nelsybernalduarte@hotmail.com

Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: DEPARTAMENTO DEL META

Tipo de Documento: NIT

País: Colombia

Número Documento: 892000148

Departamento: Meta

Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica

Municipio / Ciudad: Villavicencio

Régimen fiscal: R-99-PN

Dirección: CR 33 38 45

Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica

Teléfono / Móvil: 6086818500

Correo: hacienda@meta.gov.co

Detalles de Productos

Nro.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio unitario	Descuento detalle	Recargo detalle	IMPUESTOS				Precio unitario de venta
								IVA	%	INC	%	
1	006	IMPRESIONES FULL COLOR	NIU	1.524,00	\$ 850,00	\$ 0,00	\$ 0,00					\$ 1.295.400,00
2	002	FOTOCOPIAS BLANCO Y NEGRO	94	16.727,00	\$ 130,00	\$ 0,00	\$ 0,00					\$ 2.174.510,00

Notas Finales

Línea de negocio:

Datos Totales



Documento generado el:
26/11/2025 10:10:11
Documento validado por la
DIAN:
26/11/2025 10:10:12
XML Generado por: Solución
Gratuita DIAN
800197268
PDF Generado por:
Solución Gratuita DIAN
Nit:800197268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	0

Subtotal	3469910
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	3469910
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0
Total impuesto (=)	0
Total neto factura (=)	3469910
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=)	COP \$ \$ 3469910

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0

RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	

Subtotal	3.469.910,00
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	3.469.910,00
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0,00
Total impuesto (=)	0,00
Total neto factura (=)	3.469.910,00
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=)	COP \$ \$ 3.469.910,00

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0.00

RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

Numero de Autorización: 18764100006749 Rango desde: 101 Rango hasta: 500 Vigencia: 2027-10-10

 DEPARTAMENTO DEL META NIT. 892.000.145-8	MINUTA DE ADICIÓN Y/O PRORROGA DE CONTRATO O CONVENIO	CÓDIGO:	F-BS-26
		VERSIÓN:	01

**ADICIÓN N° 1 AL CONTRATO No. 1175 DE 2025, CELEBRADO ENTRE EL
DEPARTAMENTO DEL META Y NELSY BERNAL DUARTE**

CONTRATISTA:	NELSY BERNAL DUARTE NIT. 31.036.935 – 1		
OBJETO DEL CONTRATO:			
ADICIÓN No. 1 Y PRÓRROGA No. 1 AL CONTRATO No. 1175 DE 2025 CUYO OBJETO ES: SERVICIO DE FOTOCOPIADO ANILLADO Y EMPASTADO DE LA SECRETARIA DE SALUD DEL META.			
VALOR INICIAL:	VEINTIÚN MILLONES DE PESOS (21.000.000) M/CTE		
VALOR ADICIÓN PRESENTE ACTA:	TRES MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS (\$3.500.000) M/CTE.		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	VEINTICUATRO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS (24.500.000) M/CTE.		
TÉRMINO DE EJECUCIÓN INICIAL:	SEIS (6) MESES		
TÉRMINO DE PRÓRROGA PRESENTE ACTA:	UN (1) MES		
TERMINO DE EJECUCION TOTAL	SIETE (7) MESES		
FECHA INICIO:	22/05/2025		
FECHA TERMINACIÓN SEGÚN ACTA INICIO	21/11/2025		
FECHA DE TERMINACION ACTUALIZADA	N/A		
FECHA DE LA PRESENTE ACTA:	21 DE NOVIEMBRE DE 2025.		
<p>Entre los suscritos: ANA ZENIT ARGOTE PEREZ, mayor de edad, con domicilio en la Ciudad de Villavicencio, identificada con la cédula de ciudadanía No. 49.737.784 de Valledupar, en calidad de Secretaria de Salud del Meta nombrado mediante Decreto No. 429 del 06 de noviembre de 2025, y Acta de Posesión No. 026 del 11 de noviembre de 2025, facultada para contratar en nombre y representación del Departamento del Meta, mediante el Decreto 275 del 22 de mayo de 2020, quien en adelante se denominará EL DEPARTAMENTO, por una parte, y de otra, NELSY BERNAL DUARTE identificado con NIT. 31.036.935 – 1, quien, para efectos de la presente acta, se denominará el CONTRATISTA, hemos convenido celebrar la presente ADICIÓN N° 1 Y PRÓRROGA N° 1 al contrato No. 1175 de fecha 21 de mayo de 2025, que se regirá por las obligaciones contenidas con ocasión de la celebración del contrato en mención, previas las consideraciones descritas a continuación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Que a la fecha, el Contrato No. 1175 de 2025, se encuentra vigente. 			

**ADICIÓN N° 1 AL CONTRATO No. 1175 DE 2025, CELEBRADO ENTRE EL
DEPARTAMENTO DEL META Y NELSY BERNAL DUARTE**

- Que el Contrato No. 1175 de 2025, tiene como término de ejecución inicial seis (6) meses.
- Que se cuenta con acta de inicio de fecha 22 de mayo de 2025.
- Que en oficio de fecha 20 de noviembre de 2025, el Supervisor del contrato CRISTIAN CAMILO CESPEDES RAMOS, solicitó al ordenador de gasto viabilidad y autorización para suscribir una adición al presente contrato, argumentando lo siguiente: *"Que el contrato No. 1175 de 2025, finaliza su plazo de ejecución el día 21 de noviembre de 2025. Esta necesidad surge en atención al incremento en la demanda del servicio, así como de mantener la calidad y oportunidad en la prestación del servicio. Que persiste la necesidad en la entidad de seguir contando con el servicio de fotocopiado anillado y empastado de la Secretaría de Salud del Meta. Así las cosas, es importante garantizar la continuidad del contrato por el termino indicado, con el objetivo de cumplir las metas y objetivos establecidos por la Secretaría de Salud de Meta."*

En consecuencia, se requiere adicionar por el valor de \$3.500.000 y prorrogar por el término de UN (1) MES, en cumplimiento de los principios de planeación, eficiencia y responsabilidad establecidos en los artículos 25 y 40 de la Ley 80 de 1993, y el artículo 2.2.1.1.2.1.4 del Decreto 1082 de 2015.

Con esta adición, se garantiza la adecuada prestación del servicio contratado, sin modificar el objeto ni superar el límite del 50% del valor inicial del contrato, conforme a la normativa vigente en materia de contratación estatal".

- Que el día 21 de noviembre de 2025, el ordenador de gasto, viabilizó y autorizó la adición por valor de **TRES MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS (\$3.500.000) M/CTE**, soportado en el presupuesto oficial.
- Que se cuenta con Certificado de Disponibilidad Presupuestal No. 5253 de fecha 21 de noviembre de 2025, por valor de **TRES MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS (\$3.500.000) M/CTE**, para respaldar la adición.
- Que se autoriza la prórroga por el término de **UN (1) MES**.
- Que la presente Adición y prórroga, se encuentra debidamente sustentada y se celebra de conformidad con lo establecido en la Ley 80 de 1993, Ley 1150 de 2007 y demás decretos reglamentarios y se registrá por las siguientes cláusulas:

CLÁUSULA PRIMERA - OBJETO: ADICIÓN N° 1 DEL CONTRATO No. 1175 DE 2025 CUYO OBJETO ES: **SERVICIO DE FOTOCOPIADO ANILLADO Y EMPASTADO DE LA SECRETARIA DE SALUD DEL META.**

CLÁUSULA SEGUNDA – VALOR DE LA ADICIÓN: El valor de la presente adición de acuerdo al presupuesto oficial, será de **TRES MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS (\$3.500.000) M/CTE.**

 DEPARTAMENTO DEL META NIT. 892 000.148-8	MINUTA DE ADICIÓN Y/O PRORROGA DE CONTRATO O CONVENIO	CÓDIGO:	F-BS-26
		VERSIÓN:	01

**ADICIÓN N° 1 AL CONTRATO No. 1175 DE 2025, CELEBRADO ENTRE EL
DEPARTAMENTO DEL META Y NELSY BERNAL DUARTE**

CLÁUSULA TERCERA – TÉRMINO DE LA PRÓRROGA: El término de la presente prórroga será de **UN (1) MES**, es decir, hasta el **21 de diciembre de 2025**.

CLÁUSULA CUARTA - FORMA DE PAGO DE LA ADICIÓN: EL DEPARTAMENTO pagará al CONTRATISTA, el valor adicionado de conformidad con la forma de pago establecida en el CONTRATO No. 1175 DE 2025.

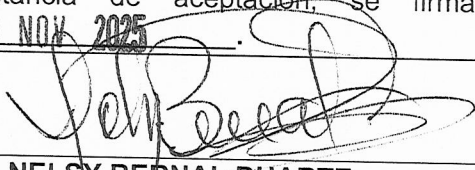
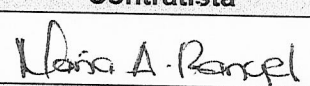
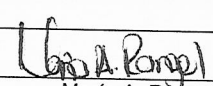
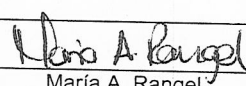
CLÁUSULA QUINTA - VIGENCIA DE LAS ESTIPULACIONES: Todas las cláusulas y estipulaciones contractuales del CONTRATO No. 1175 DE 2025, no modificadas por el presente acuerdo, permanecen vigentes, así como su exigibilidad.

CLÁUSULA SEXTA - DOCUMENTOS: Hacen parte de la presente 1) Solicitud de adición y prórroga, 2) Viabilidad y autorización, 3) Presupuesto Oficial, 4) Solicitud y Certificado de Disponibilidad Presupuestal, 5) Estudio Previo, 6) Demás documentos que se generan durante el desarrollo del objeto contractual.

CLÁUSULA SEPTIMA - PERFECCIONAMIENTO Y EJECUCIÓN. La presente adición y prórroga al CONTRATO No. 1175 DE 2025, se perfeccionan con la suscripción de la misma por las partes y se legaliza con la expedición del Registro Presupuestal.

En constancia de aceptación, se firma en la ciudad de Villavicencio a los,

21 NOV 2025

 NELSY BERNAL DUARTE		 ANA ZENIT ARGOTE PEREZ	
R/L	N/A	Secretaria de Salud del Meta	
Contratista		Ordenador del Gasto	
 Vo. Bo. para la publicidad en SECOP			
Firma:		Firma:	
Nombre:	María A. Rangel	Nombre:	María A. Rangel
Cargo	Profesional Especializado	Cargo:	Profesional Especializado
Proyectó		Revisó	

DEPARTAMENTO DEL META
GERENCIA DE PRESUPUESTO
FECHA: **21 NOV. 2025**
HORA: **66:00 PM**



Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): NELSY BERNAL DUARTE
No. Identificación: CC31036935
Dirección: CALLE 37 N.41-89
Telefono: 6605150
Correo: NELSYBERNALDUARTE@HOTMAIL.COM
Ciudad: VILLAVICENCIO
Número de Planilla: 8391326005

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	NELSY BERNAL DUARTE
Tipo y número de identificación	CC31036935
Número de planilla	8391326005
Fecha pago	2025-11-10
Número de autorización pago	33933686
Banco	1023

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	noviembre de 2025
Periodo de Cotización Pensión	noviembre de 2025
Número de Administradoras	3
Total Pagado	522400
Total Intereses de Mora	0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	9400	1
231001	Colfondos	288000	1
EPS005	Sanitas EPS	225000	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 31036935
APELLIDOS Y NOMBRES: NELSY BERNAL DUARTE

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS005	231001	1800000	1800000	1800000	0	225000	0	288000	0	9400	0

REPORTE DE LA PLANILLA DE AUTOLIQUIDACIÓN DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE										DATOS DE LA PLANILLA									
TIPO	NÚMERO	NOMBRE RAZÓN SOCIAL	DIRECCION	TELÉFONO	FAX	PERIODO LIQUIDACIÓN					TIPO PLANILLA		FECHA PAGO (DÍA MES AÑO)	NÚMERO RADICACIÓN	EXONERADO PARAFISCAL Y SALUD	SE ACÓGE A LOS BENEFICIOS DE LEY 1429 DE 2010 A CAJAS DE COMPENSACIÓN FAMILIAR			
CC	31036935	NELSY BERNAL DUARTE	CALLE 37 N.41-89	6605150		SALUD					PENSION, RIESGOS LAB, CAJA, SENA, ICBF								
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	MES	AÑO	MES	AÑO										
U	I	PRINCIPAL	PPAL	META	VILLAVICENCIO	11	2025	11	2025										

CENTRO DE TRABAJO		Todos		NÚMERO DE EMPLEADOS										NIT EMPRESA CONVENIO										Todos																									
No	DOCUMENTO	APELLIDOS Y NOMBRES	TIPO COT	SUB COT	EXT	COL EXT	U	EXON	COD MUN	COD DEP	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	EPS	AFP	ARL	CÓDIGO EPS	IBC EPS	TARIFA EPS	APORTE EPS	CÓDIGO AFP	IBC AFP	TARIFA AFP	APORTE AFP	FSP Solidaridad												
1	CC 31036935	BERNAL DUARTE NELSY	59	0				No	001	50																30	30	30	EPS005	\$1.800.000	12.50%	\$225.000	231001	\$1.800.000	16.00%	\$288.000	\$0												
																																					\$225.000											\$298.000	\$0

REPORTE DE LA PLANILLA DE AUTOLIQUIDACIÓN DE APORTES

No	DOCUMENTO	APELLIDOS Y NOMBRES	FSP Subsección	CÓDIGO ARL	IBC ARL	TARIFA ARL	CLASE RIE	APORTE ARL
1	CC 31038935	BERNAL DUARTE NELSY	\$0	14-23	\$1.800.000	0,52%	1	\$9.400
\$0								\$9.400

PRIVADO