

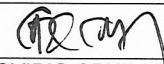
Fecha de Elaboración del Reconocimiento:	02/07/2025	Periodo de Pago:	Del	22/05/2025	Al	21/06/2025
Contrato No. y Fecha:	1175 de 21/05/2025					
Contratista:	NELSY BERNAL DUARTE			c.c. o Nit. No.	31.036.935	
Representante Legal:	N/A			c.c. No.	N/A	
Tipo de Pago:	Parcial	x	Final	Número de Pago: 1		

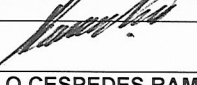
Señores Gerencia de Contaduría, sírvase elaborar la orden de pago de la cuenta que se anexa, por cuanto cumple con todos los requisitos para que sea cancelada, la cual tiene los siguientes soportes documentales:

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)	X	N/A	X	N/A
7	COPIA CONTRATO O EL DOCUMENTO QUE HAGA SUS VECES (Primer pago o cesión del contrato)	X	N/A	X	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	X	N/A	X	N/A
10	COPIA ACTO ADMINISTRATIVO DE DESIGNACIÓN DEL SUPERVISOR (Primer pago o si hay cambio de supervisor) (Nota 23)	X	N/A	X	N/A
11	CERTIFICACIÓN BANCARIA (Primer pago o si realiza cambio de cuenta)	X	N/A	X	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 prorroga) (Persona Natural)	N/A	N/A	N/A	N/A
14	INFORME DEL CONTRATISTA	N/A	X	X	X
15	INFORME DEL SUPERVISOR (F-Bs-23)	N/A	X	X	X
16	ACTA DE FINALIZACIÓN (F-Bs-17)	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 noventa y nueve mil novecientos cuarenta Pesos (\$3.499.940,00) M/CTE
--	---

Cordialmente,

Firma:  Nombre: JORGE OVIDIO CRUZ ALVAREZ Cargo: Secretario De Salud Del Meta Ordenador del Gasto	Firma:  Nombre: CRISTIAN CAMILO CESPEDES RAMOS Cargo: Gerente Administrativo de Salud Supervisor
---	--

Firma:  Nombre: CRISTIAN CAMILO CESPEDES RAMOS Cargo: Gerente Administrativo de Salud Acción: Revisión del Directivo	 Secretaría de Salud del Meta Oficina de Contratación Fecha: 02/07/25 Hora: 4:30 Revisión Jurídica	Firma:  Nombre: CRISTIAN CAMILO CESPEDES RAMOS Cargo: Gerente Administrativo de Salud Acción: Revisión Financiera
Área Ordenadora del Gasto		

Secop 4736 14-07-25



GOBERNACION DEL META
NIT. 892000148-8
REGISTRO PRESUPUESTAL DE COMPROMISOS

Registro No. 5521

Vigencia: 2.025

Fecha de Compromiso: 22 de mayo de 2025

Beneficiario: BERNAL DUARTE NELSY
No. C.D.P.: 1877
Tipo de Compromiso: Servicio
Contrato: 1175/ Fecha: 21/05/2025 Vence: 31/12/2025
Objeto: SERVICIO DE FOTOCOPIADO ANILLADO Y EMPASTADO DE LA SECRETARIA DE SALUD DEL META
Cto. Utilidad: FONDO LOCAL DE SALUD
NIT: 31036935 - 1 /
Fecha de Expedición del C.D.P.: 04 de abril de 2025
Sin Formalidades Plenas
Regional: DEPARTAMENTO DEL META

Identificación Presupuestal	Concepto	Valor
Gastos-Funcionamiento 03030101 - 2.1.2.02.02.008 - 20	Adquisiciones diferentes de activos Servicios prestados a las empresas y servicios de producción Recurso Propio-Libre, Destinación Ingresos Corrientes de libre destinación Clasificadores -85951	21.000.000,00 21.000.000,00
Total Compromisos		✓ \$21.000.000,00

Programación de Pagos	
Mes	Valor
Mayo	\$3.500.000,00
Junio	3.500.000,00
Julio	3.500.000,00
Agosto	3.500.000,00
Septiembre	3.500.000,00
Octubre	3.500.000,00
Valor Total Prog.	\$21.000.000,00

JAIDY ELAIKA NIETO
Gerente de Presupuesto

 DEPARTAMENTO DEL META NIT: 692 000 148-8	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: (Solo 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)
	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 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:	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. 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 ofertado
7. 6. 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. 7. 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. 8. Presentar Informe de Ejecución previo a los pagos y demás soporte documental y cada vez que sea requerido por el Supervisor.
11. 9. Suscribir Actas de Inicio, Finalización y Liquidación del contrato
12. 10. 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. 11. 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. 12. 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 Secretaria de Salud del Meta, de conformidad con la

 DEPARTAMENTO DEL META NTT 692.000.149-8	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)

N/A

Periodo de Pago:	Del	22/05/2025	Al	21/06/2025	
Tipo de Pago:	Anticipo	Parcial	X	Final	No. de Pago 1

 DEPARTAMENTO DEL META NIT: 892 000 148-8	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		
Pago Autorizado en el Presente Informe	22/05/2025	21/06/2025	\$3.499.940.00	16.67%
Saldo del Contrato Pendiente por Ejecutar	22/06/2025	21/11/2025	\$17.500.060.00	83.33 %
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				

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	\$21.000.000.00
--	------------------------

Pago de Seguridad Social (Persona Natural)	Datos	Datos
Periodo Cotizado	mayo/2025	junio/2025
Número de Planilla	8386558362	8387234855
IBC (Ingreso Base de Cotización)	\$1.800.000	\$1.800.000
Valor pagado a SALUD	\$225.000	\$225.000
Valor pagado a PENSIÓN	\$288.000	\$288.000
Valor pagado a ARL	\$9.400	\$9.400
Valor pagado a FSP	\$0	\$0
*Inserte COLUMNA por cada planilla de pago **Si es persona JURÍDICA se diligencia con N/A		



CERTIFICADO DEL SUPERVISOR
AUTORIZANDO PAGO

CÓDIGO: F-BS-16

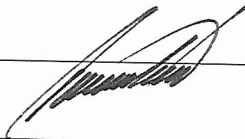
VERSIÓN: 06

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 2/07/2025 ✓

Cordialmente,

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

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :

6b2222de1d1c263d760974984f9e742552c3bb726500bcc9477e7c90f61f7e886113c5730835a1fd88abcb0efd260479

Número de Factura: NB-84

Forma de pago: Contado

Fecha de Emisión: 25/06/2025

Medio de Pago: Consignación bancaria

Fecha de Vencimiento: 25/06/2025

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: nelybernalduarte@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	002	FOTOCOPIAS BLANCO Y NEGRO	94	17.043,00	\$ 130,00	\$ 0,00	\$ 0,00					\$ 2.215.590,00
2	006	IMPRESIONES FULL COLOR	NIU	1.511,00	\$ 850,00	\$ 0,00	\$ 0,00					\$ 1.284.350,00

Notas Finales

Linea de negocio:

Datos Totales



Documento generado el:
25/06/2025 14:43:03
Documento validado por la
DIAN:
25/06/2025 14:43:04
XML Generado por: Solución
Gratuita DIAN
800197268
PDF Generado por:
Solución Gratuita DIAN
Nit:800197268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	0

Subtotal	3499940
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	3499940
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0
Total impuesto (=)	0
Total neto factura (=)	3499940
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=)	COP \$ \$ 3499940

Valores informativos

ANTICIPOS
Anticipos

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

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	

Subtotal	3.499.940,00
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	3.499.940,00
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0,00
Total impuesto (=)	0,00
Total neto factura (=)	3.499.940,00
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=)	COP \$ \$ 3.499.940,00

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0,00

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

Numero de Autorización: 18764071134414 Rango desde: 1 Rango hasta: 100 Vigencia: 2026-05-22

 DEPARTAMENTO DEL META NIT. 892.000.148-8	ACTA DE INICIO	CÓDIGO:	F-BS-12
		VERSIÓN:	03

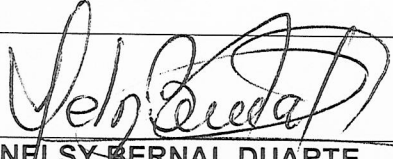
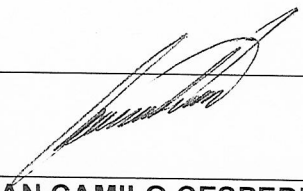
**ACTA DE INICIO DEL CONTRATO O CONVENIO DE PRESTACION DE SERVICIOS
No. 1175 DEL AÑO 2025 CELEBRADO ENTRE EL DEPARTAMENTO DEL META Y
NELSY BERNAL DUARTE**

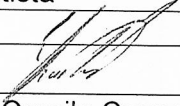
Contrato o Convenio No.:	1175 del 2025		
Registro Presupuestal:	5521 de mayo de 2025		
Contratista:	NELSY BERNAL DUARTE	Nit./c.c.	31.036.935
Representante Legal:	N/A	c.c.	N/A
Supervisor:	CRISTIAN CAMILO CESPEDES RAMOS	c.c.	1.121.823.987
Objeto:	SERVICIO DE FOTOCOPIADO ANILLADO Y EMPASTADO DE LA SECRETARIA DE SALUD DEL META		
Valor total del contrato o convenio: (Letras y Números)	Veintiún Millones De Pesos (\$21.000.000.)		
Término de ejecución:	SEIS (6) MESES		
Fecha Inicio:	22 de mayo de 2025	Fecha Finalización:	21 de noviembre de 2025

En la ciudad de Villavicencio, **CRISTIAN CAMILO CESPEDES RAMOS**, Supervisor(a) delegado(a) identificado(a) con cédula de ciudadanía número **1.121.823.987** y **NELSY BERNAL DUARTE** identificado(a) con cédula de ciudadanía o Nit. número **31.036.935** suscriben la presente Acta de Inicio, previa verificación de todos los documentos y requisitos legales.

De conformidad con lo establecido en el contrato o convenio se decide fijar el día 22 de mayo de 2025, como fecha de Inicio del contrato o convenio citado.

En constancia firman:

	
NELSY BERNAL DUARTE	CRISTIAN CAMILO CESPEDES RAMOS
Contratista	Supervisor

Firma:	
Nombre:	Cristian Camilo Céspedes Ramos
Cargo:	Gerente de administrativa de salud
Proyectó	

- 1). Formato Fecha dd/mm/aaaa.
- 2). El resaltado es para modificar o eliminar.
- 3). No elimine filas, los datos que no aplican debe identificarlos como N/A.
- 4). Verificar la vigencia del documento en el listado maestro de documentos.

COMUNICADO DE ACEPTACIÓN DE LA OFERTA No. 1175 DEL AÑO 2025
(Decreto 1082 de 2015 Artículo 2.2.1.2.1.5.2)

Villavicencio, 21 de mayo de 2025

Señor(a)

Nombre completo del contratista:	NELCY BERNAL DUARTE
Nit. o Número del documento de Identificación:	NIT 31.036.935-1
Representante Legal:	NELCY BERNAL DUARTE
Número del documento de Identificación:	CC 31.036.935
Dirección:	CALLE 37 No. 41-89 BARZAL – VILLAVICENCIO
Correo Electrónico:	nelcybernalduarte@hotmail.com
Teléfono Fijo - Móvil:	3124168750
Ciudad:	Villavicencio

Referencia: Aceptación oferta Mínima Cuantía No. **SSM-MC-003-2025**

El Departamento del Meta, en desarrollo del proceso de contratación por la modalidad de Selección de Mínima Cuantía No. **SSM-MC-003-2025**, procede con el presente documento a aceptar la oferta presentada por usted el día 14 de Mayo de 2025

De conformidad con lo establecido en el numeral d) del Artículo 94 de la ley 1474 de 2011, y Artículo 2.2.1.2.1.5.2. del Decreto 1082 de 2015, esta comunicación junto con la oferta, constituyen para todos los efectos el contrato celebrado.

A continuación, ponemos en su conocimiento las condiciones de la aceptación de la oferta, a las que se supedita la ejecución del objeto del contrato, sin perjuicio de lo señalado en los estudios y documentos previos, en la invitación y en la oferta, documentos que hacen parte integral del contrato.

El (La) suscrito(a) **JORGE OVIDIO CRUZ ÁLVAREZ**, mayor de edad, identificado con cédula de ciudadanía número 17.342.450 de Villavicencio, **SECRETARIO DE SALUD** del Departamento del Meta, nombrado mediante Decreto No. 014 del 03 de enero de 2024 y posesionado según consta en el Acta No. 010 de fecha 03 de enero de 2024, facultado para contratar en nombre y representación del Departamento del Meta mediante Decreto No. 275 del 22 de mayo de 2020, proferido por el Gobernador del Departamento del Meta quien en adelante se denominará **EL DEPARTAMENTO**, teniendo en cuenta la evaluación jurídica, técnica y económica realizada por el comité asesor y evaluador designado mediante acto administrativo de fecha 13/05/2025, encuentra que la oferta cumple con los requisitos habilitantes, es acorde al Estatuto Contractual Ley 80 de 1993 conviene, para el DEPARTAMENTO suscribir el presente Comunicado de Aceptación de Oferta, bajo los siguientes términos:

No. CDP	Fecha Expedición	Trazador Presupuestal	No. CPC	Rubro Presupuestal	Situación (SSF - CFF aplica solo regalías)	Valor CDP	Valor a Ejecutar
1877	04/04/2025	NA	85951	03030101-2.12.02.02.008-20	N/A	\$21.000.000	\$21.000.000
TOTALES						\$21.000.000	\$21.000.000

COMUNICADO DE ACEPTACIÓN DE LA OFERTA No. 1175 DEL AÑO 2025
(Decreto 1082 de 2015 Artículo 2.2.1.2.1.5.2)

OBJETO:

"SERVICIO DE FOTOCOPIADO ANILLADO Y EMPASTADO DE LA SECRETARIA DE SALUD DEL META

TÉRMINO DE EJECUCIÓN

El contrato tendrá un término de ejecución de **SEIS (06) MESES**, contados a partir de la firma del Acta de Inicio, la cual debe ser firmada máximo dentro de los cinco (05) días siguientes a la fecha de nombramiento del supervisor, previo el cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y legalización.

VALOR DEL CONTRATO

Letras m/cte., VEINTIUN MILLONES DE PESOS (\$21.000.000)

FORMA DE PAGO

El Departamento del Meta desembolsará los dineros presupuestados para la presente 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 los demás requisitos y trámites enunciados en formato de "Reconocimiento y Pago" publicado en la página web de la Gobernación del Meta.

LUGAR DE EJECUCIÓN del presente contrato será:

En la ciudad de Villavicencio

SUPERVISIÓN

El Departamento del Meta ejercerá la supervisión del presente contrato, a través del Ordenador del Gasto o quien este designe, el cual tendrá las siguientes obligaciones:

1. Rendir informes escritos los cuales deben contener el resumen del desarrollo del contrato.
2. Suscribir Actas de Inicio, Finalización y Liquidación del contrato.
3. Informar oportunamente a la Secretaría Jurídica cualquier anomalía o incumplimiento por parte del contratista.
4. Todas aquellas actividades que garanticen la normal ejecución y cumplimiento del contrato de acuerdo con el programa establecido y las demás contenidas en la ley.
5. Los supervisores responderán disciplinaria, civil y penalmente por sus acciones y omisiones en la actuación contractual en los términos de la constitución y la ley (artículo 51 de la Ley 80 de 1993 y artículo 84 del Estatuto Anticorrupción - Ley 1474 de 2011).
6. Dar cumplimiento a la Ley 594 del 2000 (Ley General de Archivo).
7. Dar cumplimiento al Decreto No. 075 DE 2021 por medio de la cual se Actualiza el Manual de Contratación, Interventoría y Supervisión del Departamento del Meta.

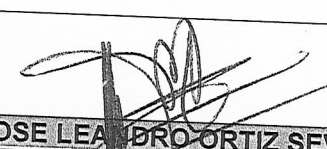
COMUNICADO DE ACEPTACIÓN DE LA OFERTA No. 1175 DEL AÑO 2025
(Decreto 1082 de 2015 Artículo 2.2.1.2.1.5.2)

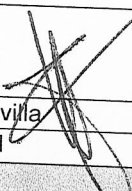
8. Publicar en la plataforma electrónica del SECOP todos los documentos del proceso que hacen parte integral de la etapa contractual y postcontractual.
9. Allegar de manera oportuna, dentro de los cinco (5) días siguientes a la suscripción del acta de inicio la información requerida por la plataforma SIA OBSERVA para su publicación.
10. El supervisor deberá responder por la calidad y veracidad de la información reportada en las plataformas electrónicas (SECOP y SIA OBSERVA), así como, en el expediente físico que reposa en el Archivo de Gestión de la Gerencia de Asuntos Contractuales, en las diferentes etapas del proceso hasta su finalización y/o liquidación.

GARANTÍAS

Por tratarse de una adquisición de SERVICIOS de Fotocopiado, de tracto sucesivo, así como la forma de pago contra entrega, sin anticipo, así como por ser de Mínima Cuantía, la Gobernación del Meta **NO EXIGIRA** garantías, habida cuenta que el artículo 2.2.1.2.1.5.4 del Decreto 1082 de 2015 (artículo 87 del Decreto 1510 de 2013) establece: *"La Entidad Estatal es libre de exigir o no garantías en el proceso de selección de mínima cuantía..."*.

La presente comunicación de aceptación de la oferta, se publica en el SECOP, (Decreto 1082 de 2015 Artículo 2.2.1.1.1.7.1).

Firma:		Firma:	
Nombre:	JORGE OVIDIO CRUZ ALVAREZ	Nombre:	JOSE LEANDRO ORTIZ SEVILLA
Cargo:	Secretario de Salud del Meta	Cargo:	oficina de Contratación SSM
Ordenador del Gasto		Vo. Bo. para la publicidad en SECOP	

Firma:		Firma:	
Nombre:	José Leandro Ortiz Sevilla	Nombre:	José Leandro Ortiz Sevilla
Cargo:	Asesor Jurídico – SSM	Cargo:	Asesor Jurídico – SSM
Proyectó		Revisó	

DEPARTAMENTO DEL META
GERENCIA DE PRESUPUESTO
RECIBI
FECHA: 22 MAYO 2025
HORA: 9.35

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario

14913699445



(415)7707212489984(8020) 000001491369944 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

6. DV

12. Dirección seccional:

14. Buzón electrónico

3 1 0 3 6 9 3 5 1

Impuestos y Aduanas de Villavicencio

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

25. Tipo de documento

26. Número de identificación

Persona natural o sucesión ilíquida

2

Cédula de Ciudadanía

1 3

3 1 0 3 6 9 3 5

Lugar de expedición

28. País

29. Departamento

30. Ciudad/Municipio

COLOMBIA

1 6 9

Meta

5 0

Cubarral

2 2 3

31. Primer apellido

32. Segundo apellido

33. Primer nombre

34. Otros nombres

BERNAL

DUARTE

NELSY

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

MISCELANEA Y PAPELERIA NETELL

UBICACIÓN

38. País

39. Departamento

40. Ciudad/Municipio

COLOMBIA

1 6 9

Meta

5 0

Villavicencio

0 0 1

41. Dirección principal

CL 37 41 89 BRR BARZAL

42. Correo electrónico

nelsybernalduarte@hotmail.com

43. Código postal

5 0 0 0 0 1

44. Teléfono

3 1 0 5 7 6 2 0 6 5

45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal

Actividad secundaria

Otras actividades

Ocupación

46. Código

47. Fecha inicio actividad

48. Código

49. Fecha inicio actividad

50. Código

51. Código

52. Número establecimientos

8 2 1 9

2 0 0 7 0 5 3 1

5 3 1 0

2 0 1 0 0 5 3 1

5 3 2 0

4 7 6 1

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26

05- Impto. renta y compl. régimen ordinario

49 - No responsable de IVA

52 - Facturador electrónico

Usuarios aduaneros

Exportadores

54. Código 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

55. Forma 56. Tipo Servicio 1 2 3

11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

57. Modo 58. CPC

59. Anexos SI ☐ NO ☒

60. No. de Folios: 0

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso. Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

Firma autorizada:

984. Nombre ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

985. Cargo

Villavicencio, 21 de mayo de 2025

Doctor(a):

CRISTIAN CAMILO CESPEDES RAMOS

gerente administrativo de salud.

Secretaría de Salud del Meta

ASUNTO: DESIGNACIÓN DE SUPERVISION – CONTRATO No.1175 DE 2025

Que la Ley 1474 de 2011, establece normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, como investigación, sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública, indicando la importancia de las actividades ejercidas por la supervisión y la interventoría dentro de la inversión y ejecución de los recursos.

Que, para el seguimiento y control de la ejecución del contrato, quien ejerza la supervisión deberá observar lo establecido en la Constitución Política, la Ley 1474 de 2011, y demás normas aplicables y vigentes.

En ejecución de la labor encomendada, es importante recordar que las actuaciones de los **SUPERVISORES** esencialmente se circunscriben al seguimiento administrativo, técnico, financiero, contable, y jurídico, a la ejecución del contrato, y se deben desarrollar siguiendo los lineamientos contenidos en el manual de Contratación, Supervisión e Interventoría del Departamento del Meta - Decreto No.075 del 01 de marzo de 2021 y las demás establecidas, en especial las consagradas en la Ley 1474 de 2011 artículos 82, 83, 84.

Que el **DEPARTAMENTO DEL META**, a través de la Secretaría de Salud y **NELSY BERNAL DUARTE** identificado (a) con cédula de ciudadanía No. **31.036.935-1**, suscribieron el contrato de prestación de servicios indicado en el asunto del presente, cuyo objeto es: **SERVICIO DE FOTOCOPIADO, ANILLADO, Y EMPASTADO DE LA SECRETARIA DE SALUD DEL META**

De manera atenta, mediante la presente, me permito comunicarle que, en uso de las facultades legales y conferidas por la Ley 80 de 1993, la Ley 1474 de 2011, el Decreto 1082 de 2015, Decreto 275 de 2020, Decreto 075 de 2021, el Secretario de Salud y ordenador de gasto, ha resuelto **DELEGAR** la **SUPERVISION** del contrato antes mencionado, reiterándole ejercerla con responsabilidad a partir de la comunicación de la presente delegación, teniendo en cuenta el acápite de obligaciones del Supervisor de los Estudios previos, en el cual se indica lo siguiente:

"OBLIGACIONES DEL SUPERVISOR. El **DEPARTAMENTO** ejercerá la supervisión del presente contrato, a través del Ordenador del Gasto o quien este designe, el cual tendrá las siguientes obligaciones:

1. Los supervisores responderán disciplinaria, civil y penalmente por sus acciones y omisiones en la actuación contractual en los términos de la Constitución y la Ley (artículo 51 de la Ley 80 de 1993 y artículo 84 del Estatuto Anticorrupción - Ley 1474 de 2011).
2. Rendir informes escritos los cuales deben contener el resumen del desarrollo del contrato.
3. Suscribir Actas de Inicio, Finalización y/o Liquidación del contrato.
4. Informar oportunamente a la Secretaría Jurídica cualquier anomalía o incumplimiento por parte del contratista.
5. Todas aquellas actividades que garanticen la normal ejecución y cumplimiento del contrato de acuerdo con el programa establecido y las demás contenidas en la Ley.
6. Dar cumplimiento a la Ley 594 del 2000 (Ley General de Archivo).

Calle 37 N° 41-80 Barzal Alto • **Secretaría de Salud del Meta**
PBX: (+57 608) 681 8500 • Línea gratuita nacional: 018000 129 202

www.meta.gov.co



7. Dar cumplimiento al Decreto No. 075 de 2021 "Por medio del cual se adopta el manual de contratación, supervisión e interventoría del Departamento del meta y se deroga el decreto 332 del 2016".
8. Publicar en la plataforma electrónica del SECOP todos los documentos del proceso que hacen parte integral de la etapa contractual y postcontractual.
9. Allegar de manera oportuna, dentro de los cinco (5) días siguientes a la suscripción del acta de inicio la información requerida por la plataforma SIA OBSERVA para su publicación.
10. El supervisor deberá responder por la calidad y veracidad de la información reportada en las plataformas electrónicas (SECOP y SIA OBSERVA), así como, en el expediente físico que reposa en el Archivo de Gestión de la Gerencia de Asuntos Contractuales, en las diferentes etapas del proceso hasta su finalización y/o liquidación.

Para mayor claridad, se le recuerda que debe anexar oportunamente a la carpeta del contrato los soportes de cada pago establecidos en el formato **Reconocimiento y Pago (F-BS-15)**, tales como:

- Certificado supervisor autorizando el pago (F-BS-16)
- Informe del Supervisor (F-BS-23)
- Informe del Contratista
- Soportes del pago de seguridad social
- Factura de venta o cuenta de cobro

Para el caso del último pago, deberá adjuntar, además:

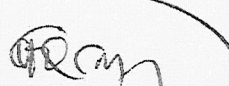
- Acta de Finalización (F-BS-17)
- Acta De Liquidación (F-BS-34), cuando aplique.

Y los demás documentos que se generen durante la ejecución contractual, así como mantener actualizado la publicación en el **SECOP**.

Por último, es menester recordarle que el supervisor o interventor responderá disciplinaria, civil y penalmente, por sus acciones y omisiones en la actuación contractual en los términos de la constitución y la ley. (Artículo 51 y 53 de la ley 80 de 1993, y la Ley 1474 de 2011, art. 84 y el decreto 1082 de 2015).

Por todo lo anterior, sírvase avocar conocimiento y trámites pertinentes, a partir del presente acto administrativo.

Cordialmente,


JORGE OVIDIO CRUZ ALVAREZ
 Secretario de Salud del Meta
 Departamento del Meta - NIT. 892.000.148 - 8

Proyectó:

Jose Leonardo ortiz sevilla

Asesor jurídico SSM-CPS

Oficina de Contratación - S.S.M

Calle 37 N° 41-80 Barzal Alto • **Secretaría de Salud del Meta**
 PBX: (+57 608) 681 8500 • Línea gratuita nacional: 018000 129 202

www.meta.gov.co



REFERENCIA BANCARIA

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que NELSY BERNAL DUARTE, identificado(a) con Cedula de ciudadanía número 31.036.935 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuentas de Ahorros No. 364459438, abierta/o desde el 25/6/2008.

Se expide en Bogotá el día 3 del mes de Julio del año 2025 con destino a: GOBERNACION DEL META



Firma Autorizada

ESTA INFORMACION ES CONFIDENCIAL Y SE SUMINISTRA SIN RESPONSABILIDAD ALGUNA POR PARTE DEL BANCO

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: 8386558362

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	NELSY BERNAL DUARTE
Tipo y número de identificación	CC31036935
Número de planilla	8386558362
Fecha pago	2025-05-15
Número de autorización pago	29728908
Banco	1023

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	mayo de 2025
Periodo de Cotización Pensión	mayo 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

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: 8387234855

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	NELSY BERNAL DUARTE
Tipo y número de identificación	CC31036935
Número de planilla	8387234855
Fecha pago	2025-06-17
Número de autorización pago	35052671
Banco	1023

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	junio de 2025
Periodo de Cotización Pensión	junio 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

No	DOCUMENTO	APELLIDOS Y NOMBRES	FSP Subsistencia	CÓDIGO ARL	IBC ARL	TARIFA ARL	CLASE RIE	APORTE ARL
1	CC 31036535	BERNAL DUARTE NELSY	\$0	14-23	\$1.800.000	0.52%	1	\$9.400
			\$0					\$9.400

REPORTE DE LA PLANILLA DE AUTOLIQUIDACIÓN DE APORTES

PAG 1 de 2

DATOS DEL APORTANTE										DATOS DE LA PLANILLA																							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE RAZÓN SOCIAL	DIRECCIÓN	TELÉFONO	FAX	PERIODO LIQUIDACIÓN				TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍA MES AÑO)	NÚMERO RADICACIÓN	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD	SE ACOGE A LOS BENEFICIOS DE LEY 1429 DE 2010 A CAJAS DE COMPENSACIÓN FAMILIAR																			
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	SALUD	PENSIÓN, RIESGOS LAB, CAJA, SENA, ICBF	MES	AÑO	MES	AÑO																						
U						6	2025	6	2025	1	17 06 2025	8387234855	No	No																			
CENTRO DE TRABAJO		PRINCIPAL		PPAL		META		VILLAVICENCIO																									
No	DOCUMENTO	NÚMERO DE EMPLEADOS		1		NIT EMPRESA CONVENIO		Todos																									
1	CC 31036935	TIPO COT	SUB COT	COL EXT	EXON	COD MUN	COD DEP	ING	RET	TDE	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	EPS	AFR	ARL	CÓDIGO EPS	IBC EPS	TARIFA EPS	APORTE EPS	CÓDIGO AFP	IBC AFP	TARIFA AFP	APORTE AFP	FSP Solidaridad	
		59	0		No	001	50														30	30	30	30	EPS005	\$1,800,000	12.50%	\$225,000	231001	\$1,800,000	16.00%	\$288,000	\$0
																											\$225,000			\$288,000	\$0		