	CERTIFICADO DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR PARA PAGOS DE CONTRATISTAS Secretaria de Hacienda Municipal Proceso Gestión Financiera	Código:R-SH-PGF-003 Fecha: 08/10/2021 Versión: 002 Página 1 de 1

CERTIFICADO DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR PARA PAGOS DE CONTRATISTAS

I. INFORMACION BASICA

DIA	MES	AÑO	NOMBRE DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR	DEPENDENCIA
08	09	2022	LUZ MARINA CORREAL BARRIOS	SECRETARIA DE SALUD 11604

II. INFORMACION CONTRATO

NIT DEL MUNICIPIO: 890.000.464-3

NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA: FRANCELID RAMIREZ BERNATE

No. DE IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA: CC 41.914.859

CLASE O TIPO DE CONTRATO: PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES **No. DEL CONTRATO:** 20222771

FECHA DEL ACTA DE INICIO: AGOSTO 08 DEL 2022 **FECHA DE TERMINACION:** NOVIEMBRE 07 DEL 2022

CDP: 20226067 **RP:** 20226818 **Código (Rubro Presupuestal):** 11604.2320202009000045990230299122.210

VALOR TOTAL: $8.400.000 **ENTIDAD BANCARIA:** DAVIVIENDA

VALOR AUTORIZADO PARA EL PAGO: $2.800.000 **CUENTA No:** 0550136600184560

SALDO RESTANTE: $5.600.000

FORMA DE PAGO: Tres pagos iguales mensuales vencidos por valor de **dos millones ochocientos mil pesos ($2.800.000), previa verificación del pago de seguridad social y entrega a satisfacción del informe de actividades realizadas y visto bueno por parte del encargado de ejercer la vigilancia y control.**

PERIODO A PAGAR: ***AGOSTO 08 A SEPTIEMBRE 07 DEL 2022***

Planilla de aportes Nro. 8620376527	–SOPORTES: 1. Informe del supervisor y/o interventor. 1 folio 2. Informe de Contratista. 2 folios 3. Carta Retención. 1 folio 4. Autorización descuento Estampillas 1 folio 5. Otros: Seguridad Social JULIO 2022 2 folio 6. 1 CD.
Pago de Pensión JULIO : $179.200	
Pago de Salud JULIO : $140.000	
ARL JULIO : $ 27.300	
CAJA DE COMPENSACION JULIO : $ 22.400	

Certifico que el contratista cumplió a cabalidad y en el tiempo pactado con las obligaciones contraídas con el Contratante. Por lo tanto, autorizo el pago por valor de: **$2.800.000**
QUE CORRESPONDE A: ANTICIPO ___ PRIMERO X SEGUNDO __ TERCERO ____ CUARTO__ QUINTO _ SEXTO__ SEPTIMO___ OCTAVO___ NOVENO___ OTROS__ CUAL: _ONCE_____

La anterior certificación se expide en cumplimiento de las obligaciones establecidas en la Resolución 805 del 2011, de la Alcaldía de Armenia, en su artículo 23 "Por la cual se fijan funciones, atribuciones y responsabilidades a los supervisores y/o interventores".

FIRMA DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR (E)
LUZ MARINA CORREAL BARRIOS

NOTA: certifico que la documentación soporte relacionada con la ejecución del contrato y que se relaciona en est certificación, reposa en las oficinas respectivas de la secretaria, debidamente foliadas y archivadas.

Escaneado con CamScanner

No.	20222771		
	SERVICIOS PROFESIONALES PARA LA REALIZACION DEL INFORME SEMESTRAL SOBRE EL PORCENTAJE DE EJECUCION DE PRESUPUESTO PARA GARANTIZAR LAS ACTIVIDADES CONTABLES, PRESUPUESTALES Y FINANCIERAS.		
tal	VALOR TOTAL: $ 8.400.000	**Reg. Presupuestal No.**	**20226618**
sta	FRANCELID RAMIREZ BERNATE		
sor	LUZ MARINA CORREAL BARRIOS		
e Inicio	FECHA DE INICIO: 08 DE AGOSTO DE 2022		
e terminación	FECHA DE TERMINACION: 07 DE NOVIEMBRE DE 202		
e Ejecución	Tres (3) meses, contados a partir de la fecha de suscripción del acta de inicio		
de Pago	Tres (3) pagos iguales mensuales vencidos por valor de dos millones ochocientos mil pesos M/cte. (2.800.000), previa verificación del pago de seguridad social y entrega a satisfacción del informe de actividades realizadas y visto bueno por parte del funcionario encargado de ejercer la vigilancia y control		

FECHA DEL ACTA PARCIAL	**Año**	**Mes**	**Día**
	2022	09	08

udad de Armenia Q., en la fecha antes indicada contratista y supervisor suscriben la presente Acta Parcial No. _ del contrato antes identificado y autorizar su correspondiente pago.

Informado	DEL 08 DE AGOSTO DE 2022 AL 07 DE SEPTIEMBRE DE 2022
ades ollladas	**OBLIGACIONES ESPECIFICAS** **2.2.1.** Apoyar en la radicación de la facturación por prestación de servicios de salud allegada al FLS, para ser remitida a la oficina de Seguridad Social en Salud. Esta actividad se realizó con facturas de REDSALUD Y LA SAGRADA FAMILIA, radicadas en libro desde el despacho y entregadas al área de Aseguramiento **2.2.2.** Apoyar y consolidar la trazabilidad de la facturación desde el momento que ingresa al municipio de Armenia hasta el momento que se envía al área financiera para tramitar el pago Esta actividad se realiza teniendo en cuenta desde que se ingresa al libro radicado, hasta que sean devueltas para pago o auditadas a la oficina de aseguramiento, a la fecha se ha entregado REDSALUD Y SAGRADA FAMILIA **2.2.3.** Apoyar a la oficina de Seguridad Social en Salud en la organización de los documentos glosados y notificar a las I.P.S. dichas glosas Se notifica el día 25 de agosto según OFICIO Nro. 4186 Y 4187 glosas a REDSALUD con OBJECION **2.2.4.** Apoyar y mantener actualizado el archivo de los documentos generados de su actividad contractual y de los que se generen en la Oficina de Seguridad Social en Salud en relación a las facturas allegadas por cada I.P.S. Los documentos permanecen debidamente ordenados, legajados en el Área de Aseguramiento.

Escaneado con CamScanner

	3 3 5 Apoyar y asistir a las reuniones de conciliaciones que se generen con las I P S Y la Secretaria de Salud Departamental del Quindío Se asistió a tres reuniones de CONCILIACION 1. En la gobernación mesa de saneamiento con REDSALUD, donde se dio inicio a conciliación asistente Dra. Lina Gil Tovar, Secretaria de Salud, Erika Leandra Cárdenas, Contratista y Francelid Ramirez Contratista 2. En REDSALUD El 5 de agosto conciliando facturas Nro 3. Reunión VIRTUAL con CLINICA LA NUESTRA IBAGUE, donde se concluyó la aceptación de la factura
Evidencias de la ejecución del contrato	Los soportes respectivos reposan en el archivo de la Secretaría de Salud Municipal y la dependencia de contabilidad de la Secretaría de Hacienda del Municipio de Armenia. Se adjunta CD con la información correspondiente. Porcentaje de ejecución 33.33%

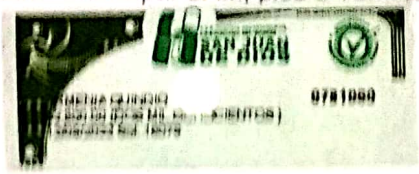
ESTADO DE CUENTA	
Valor Total	**$ 8.400.000**
Anticipo (Si lo hay)	
Valor Acta No 1	**$ 2.800.000**
Saldo (Valor pendiente de pago):	**$5.600.000**

APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL			
Entidad en donde se realiza el pago:	ASOPAGOS	**Valor total del aporte**	$347.500
No. PLANILLA	**8620376527**	**Salud**	$140.000
PERIODO COTIZADO	**Desde: JULIO 1 de 2022**	**Pensión**	$179.200
	Hasta: JULIO 30 de 2022	**ARP**	$ 5.900
		Caja de Compensación	$ 22.400

ANEXOS:	Marque con x
Recibo de pago de seguridad social	X
Copia planillas de aporte	X
Otros	

OBSERVACIONES: Se ha ejecutado el 33.33% del valor del contrato.

Firma	Francelid Ramirez Bernate	L. Correal
Nombre	**Francelid Ramirez Bernate**	**Luz Marina Correal Barrios**
	Contratista	**Supervisor**



Escaneado con CamScanner

	2.2.5. Apoyar y asistir a las reuniones de conciliaciones que se generen con las I.P.S Y la Secretaria de Salud Departamental del Quindío. Se asistió a tres reuniones de CONCILIACION 1. En la gobernación mesa de saneamiento con REDSALUD, donde se dio inicio a conciliación asistente Dra. Lina Gil Tovar, Secretaria de Salud, Erika Leandra Cárdenas, Contratista y Francelid Ramírez Contratista 2. En REDSALUD EL 5 de agosto conciliando facturas Nro. 3. Reunión VIRTUAL con CLINICA LA NUESTRA IBAGUE, donde se concluyó la aceptación de la factura
Evidencias de la ejecución del contrato	Los soportes respectivos reposan en el archivo de la Secretaría de Salud Municipal y la dependencia de contabilidad de la Secretaria de Hacienda del Municipio de Armenia. Se adjunta CD con la información correspondiente. Porcentaje de ejecución 33.33%

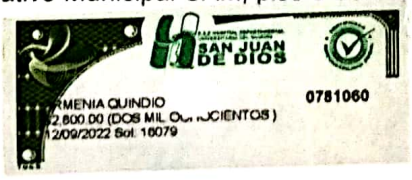
ESTADO DE CUENTA	
Valor Total	**$ 8.400.000**
Anticipo (Si lo hay)	
Valor Acta No 1	**$ 2.800.000**
Saldo (Valor pendiente de pago).	**$5.600.000**

APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL			
Entidad en donde se realiza el pago.	ASOPAGOS	**Valor total del aporte**	$347.500
No. PLANILLA	**8620376527**	**Salud**	$140.000
PERIODO COTIZADO	**De: JULIO 1 de 2022**	**Pensión**	$179.200
	Hasta: JULIO 30 de 2022	**ARP**	$ 5.900
		Caja de Compensación	$ 22.400

ANEXOS:	*Marque con x*
Recibo de pago de seguridad social	*X*
Copia planillas de aporte	*X*
Otros	

OBSERVACIONES: Se ha ejecutado el 33.33% del valor del contrato.

Firma	Francelid Ramirez Bernate	
Nombre	**Francelid Ramírez Bernate**	**Luz Marina Correal Barrios**
	Contratista	**Supervisor**



Escaneado con CamScanner

	AUTORIZACIÓN DESCUENTO DE ESTAMPILLAS	Código: R-SH-PGF-005
		Fecha: 28/09/2021
	Secretaria de Hacienda Municipal Proceso Gestión Financiera	Versión: 001
		Página: 1 de 1

Armenia, 08 de septiembre del 2022

Señores
Secretaria de Hacienda
Municipio de Armenia

Asunto: Autorización Descuento de Estampillas

Nombre y Apellido: FRANCELID RAMIREZ BERNATE Cédula: 41.914.659

Dirección: BARRIO LA ISABELA MZ 16 NRO. 14 Teléfono: 318 435 34 87

Manifiesto, que es mi voluntad autorizar al Municipio de Armenia para que realice los respectivos descuentos por concepto de estampillas:

☐ Pro-desarrollo ■ Pro-hospital ■ Pro-cultura ■ Pro-bienestar del adulto mayor

Que se lleguen a causar con ocasión del contrato de:

☐ Prestación de Servicios Apoyo a la Gestión ■ Prestación de Servicios Profesionales

☐ Contratos de Obra ☐ Contratos de Consultoria

☐ Compra Venta y/o Suministros ☐ Proveedor

☐ Otro

Especificar cual: _____

Atentamente;

Francelid Ramirez B.
FRANCELID RAMIREZ BERNATE
C.C 41.914.659

Escaneado con CamScanner

Armenia, 08 de septiembre de 2022

Señores
Secretaria de Hacienda
Área Contabilidad
Municipio de Armenia

Asunto: Retención en la fuente Contrato de Prestación de Servicios **N°2022-2771**

Yo, FRANCELID RAMIREZ BERNATE, identificada con cedula de ciudadanía Numero 41.914.659 de Armenia en virtud del contrato de prestación de servicios profesionales No **2022-2771** de fecha de suscripción del 08 de agosto por un valor total de **$8.400.000** en el cual se establece el pago por el valor de **($2.800.000)** Pesos m/cte. Por el periodo comprendido entre el **08 de agosto al 07 de septiembre de 2022**, bajo la gravedad de juramento la siguiente declaración.

- Que conforme a lo dispuesto en el articulo 383 del E.T., modificado el inciso primero por el articulo 42 de la ley 2010 de diciembre 27 de 2019, informo que no he contratado o vinculado por un término inferior a noventa (90) días continuos o discontinuos dos (2) o más trabajadores o contratistas asociados a la actividad.

- De igual forma declaro que conforme a los ingresos recibidos a mi nombre, durante la vigencia fiscal 2021 Si ___ No _x_ soy declarante a titulo de renta.

Cordialmente;

Francelid Ramirez B.
FRANCELID RAMIREZ BERNATE
C.C 41.914.659

Escaneado con CamScanner

EMPRESA: EFECTIVO LTDA.
NIT 830.131.993-1
Calle 96 No. 12-55 Bogota

PAGO DE FACTURAS

1139 PLANILLA ASISTIDA ASOPAGOS
CORRESPONSAL BANCO DE OCCIDENTE

REFERENCIA	8620376527
NUMERO DE APROBACION	852504
Fecha:	01/08/2022 15:00:01
OO:	222123
NUM. TRANSACCION	1068321783
Valor	$347.560.00

CORRESPONSAL BANCARIO PARA BANCO DE OCCIDENTE. LA IMPRESION DE ESTE TICKET INDICA SU ACEPTACION. VERIFIQUE LA INFORMACION. ESTE ES EL UNICO RECIBO OFICIAL DE PAGO. LINEA NACIONAL: 018000512825. ANTES DE RETIRARSE DEL PUNTO DE ATENCION VERIFIQUE REFERENCIA DE PAGO, CONVENIO, LA FECHA, HORA, VALOR Y MONTO DEL SOPORTE DE PAGO REALIZADO SI NO ESTA DE ACUERDO CON LA INFORMACION DEL INCORPORADA O LA MISMA NO CORRESPONDE A LA INFORMACION DEL PAGO REALIZADO, INFORMELE DE MANERA INMEDIATA AL CAJERO LA CORRECCION REQUERIDA PARA HACER LAS CORRECCIONES A QUE HAYA LUGAR. DE LO CONTRARIO, NI EFECTY NI BANCO DE OCCIDENTE S.A. ASUMIRAN LA RESPONSABILIDAD SOBRE RECLAMOS POSTERIORES.

PS Recaudador: 911167 SOLUCIONES LA 15 VAS

Cajero: ROELORIZ

Recibi Conforme:_____

C.C._____

Escaneado con CamScanner

ASOPAGOS s.a.

RAZON SOCIAL :	FRANCELID RAMIREZ
IDENTIFICACION:	CC-41914659
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	
FECHA GENERACION REPORTE:	2022-09-08
FECHA LIMITE DE PAGO:	2022-08-12
FECHA DE PAGO:	2022-08-01
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DE OCCIDENTE
PERIODO PENSION:	2022-07
PERIODO SALUD:	2022-07
NUMERO PLANILLA:	8620376527
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8620376527
TIPO DE PLANILLA:	I

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAG
EPS002	800130907	SALUD TOTAL	1	$ 1.120.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 140.000	$
25-14	900336004	COLPENSIONES	1	$ 1.120.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 179.200	$
14-23	860011153	POSITIVA	1	$ 1.120.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 5.900	
CCF24	860066942	COMPENSAR-CCF	1	$ 1.120.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 22.400	
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 0	$ 347.500	$

U-1/0 2021

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	14/09/2022

Escaneado con CamScanner

CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS No. 2771 DE 2022

Hoy 08 de agosto del año 2022, se reunieron en el Despacho de la secretaria de Salud de Armenia, la jefe de Oficina de Seguridad Social **LUZ MARINA CORREAL BARRIOS** (Supervisora) y **FRANCELID RAMIREZ BERNATE** (Contratista), con el fin de dar inicio al contrato en referencia.

OBJETO: SERVICIOS PROFESIONALES PARA REALIZACION DE INFORME SEMESTRAL SOBRE EL PORCENTAJE DE EJECUCION DE PRESUPUESTO PARA GARANTIZAR LAS ACTIVIDAADES PRESUPUESTALES Y FINANCIERAS.

VALOR DEL CONTRATO: OCHO MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS MCTE ($8.400.000)

FORMA DE PAGO: El Municipio de Armenia cancelara tres (3) pagos vencidos por valor de DOS MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS MCTE ($2.800.000), previa verificación del pago de la seguridad social y entrega a satisfacción del informe de actividades realizadas y visto bueno por parte del funcionario encargado de ejercer la vigilancia y control.

PLAZO DE EJECUCIÓN: tres (3) meses, contados a partir de la fecha de suscripción del acta de inicio.

CONTRATISTA: **FRANCELID RAMIREZ BERNATE**

SUPERVISOR: **LUZ MARINA CORREAL BARRIOS**

FECHA INICIO: 08 DE AGOSTO DE 2022

FECHA DE TERMINACIÓN: 07 DE NOVIEMBRE DE 2022

NOTAS O CONSTANCIAS ADICIONALES:

El Supervisor del contrato deja constancia que previo a la suscripción de la presente acta de inicio, se cuenta con el respectivo Registro Presupuestal 2022-6618 (y se ha aprobado la respectiva garantía única)

FIRMA SUPERVISORA

FIRMA CONTRATISTA

Escaneado con CamScanner