	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
10	10	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 41.914.659

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: $2.800.000

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: *SEPTIEMBRE 08 A OCTUBRE 07 DEL 2022*

Planilla de aportes Nro. 8621315119	--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 AGOSTO 2022 2 folio 6. 1 CD.
Pago de Pensión AGOSTO : $ 179.200	
Pago de Salud AGOSTO : $ 140.000	
ARL AGOSTO : $ 5.900	
CAJA DE COMPENSACION AGOSTO : $ 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 _ SEGUNDO _X_ TERCERO ____ CUARTO__ QUINTO _ SEXTO__ SEPTIMO___ OCTAVO___ NOVENO___ OTROS__ CUAL:

La anterior certificación se expide en cumplimiento de las obligaciones establecidas en la Resolución 805 del 2011, de la Alcaldía de Armenia, en su articulo 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 esta certificación, reposa en las oficinas respectivas de la secretaria, debidamente foliadas y archivadas.

Escaneado con CamScanner

Contrato No.	20222771		
Objeto	SERVICIOS PROFESIONALES PARA LA REALIZACION DEL INFORME SEMESTRAL SOBRE EL PORCENTAJE DE EJECUCION DE PRESUPUESTO PARA GARANTIZAR LAS ACTIVIDADES CONTABLES, PRESUPUESTALES Y FINANCIERAS		
Valor total	VALOR TOTAL: $ 8.400.000	**Reg. Presupuestal No.**	20220818
Contratista	FRANCELID RAMIREZ BERNATE		
Supervisor	LUZ MARINA CORREAL BARRIOS		
Fecha de Inicio	FECHA DE INICIO: 08 DE AGOSTO DE 2022		
Fecha de terminación	FECHA DE TERMINACION: 07 DE NOVIEMBRE DE 202		
Plazo de Ejecución	Tres (3) meses, contados a partir de la fecha de suscripción del acta de inicio		
Forma 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	10	10

En la ciudad de Armenia Q., en la fecha antes indicada contratista y supervisor suscriben la presente Acta Parcial No ___02___ del contrato antes identificado y autorizar su correspondiente pago.

Periodo Informado	DEL 08 DE SEPTIEMBRE DE 2022 AL 07 DE OCTUBRE DE 2022
Actividades Desarrolladas	**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 han recibido, facturas de REDSALUD Y SAGRADA FAMILIA, se han radicado en el área de aseguramiento, revisada y entregada para auditar facturas pendientes de REDSALUD del 2020 y 2021. Se revisan notificaciones de glosas y pagos desde el 2022, de REDSALUD para poner al día toda la facturación y pagos desde el 2020, 2021 y 2022. Se descargan pagos desde febrero del 2022, que no estaban registrados, notificaciones de glosas y facturas aceptadas para pago. **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 notifican glosas a REDSALUD según OFICIO 388 del radicado 1040 por $942.518 Se notifican glosas a REDSALUD según OFICIO 389 del radicado 1046 por $1.830.230 Se notifican glosas a REDSALUD según OFICIO 393 del radicado 1040 y 1046 por $4.170.216 Se notifican glosas a REDSALUD según OFICIO 394 del radicado 1046 por $197.269 Se notifican glosas a REDSALUD según OFICIO 395 del radicado 1040 por $207.967

Escaneado con CamScanner

	Se notifican glosa a la CLINICA LA SAGRADA FAMILIA según OFICIO 396 FACTURA FE250368 por $567.507 Se envían facturas auditadas del 2021 para seguir su trámite en REDSALUD según OFICIO 397, las cuales no presentaron glosas. En envía oficio a la CLINICA LA SAGRADA FAMILIA sobre FACTURACION FRACCIONADA **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. **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 una REUNION de CONCILIACION Nro. 2 EN REDSALUD según acta No.740 el 03 de octubre del 2022 donde se aceptaron para pago 1.623.938 facturas pendientes de 2022
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 66.66 %

ESTADO DE CUENTA	
Valor Total	**$ 8.400.000**
Anticipo (Si lo hay)	
Valor Acta No 1	**$ 2.800.000**
Valor Acta No 2	**$ 2.800.000**
Saldo (Valor pendiente de pago).	**$2.800.000**

APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL			
Entidad en donde se realiza el pago.	ASOPAGOS	**Valor total del aporte**	$ 347.500
No. PLANILLA	**8621315119**	**Salud**	$ 140.000
PERIODO COTIZADO	**De: AGOSTO 1 de 2022**	**Pensión**	$ 179.200
	Hasta: AGOSTO 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 66.66 % 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, 10 de octubre 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 Consultoría

☐ Compra Venta y/o Suministros ☐ Proveedor

☐ Otro

Especificar cual: _____

Atentamente;

Francelid Ramirez Bernate

FRANCELID RAMIREZ BERNATE
C.C 41.914.659

Escaneado con CamScanner

Armenia, 10 de octubre 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 septiembre al 07 de octubre de 2022**, bajo la gravedad de juramento la siguiente declaración.

- Que conforme a lo dispuesto en el artículo 383 del E.T., modificado el inciso primero por el artículo 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 _x__ No __ soy declarante a título de renta.

Cordialmente;

Francelid Ramirez Bernate
FRANCELID RAMIREZ BERNATE
C.C 41.914.659

Escaneado con CamScanner

ASOPAGOS s.a.

RAZON SOCIAL:	FRANCELID RAMIREZ
IDENTIFICACION:	CC-41914859
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	
FECHA GENERACION REPORTE:	2022-10-09
FECHA LIMITE DE PAGO:	2022-09-30
FECHA DE PAGO:	2022-09-30
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DE OCCIDENTE
PERIODO PENSION:	2022-08
PERIODO SALUD:	2022-08
NUMERO PLANILLA:	8821315119
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	86082707 23
TIPO DE PLANILLA:	I

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS002	800130907	SALUD TOTAL	1	$ 1.120.000	$ 0	$ 0	$ 2.100	$ 140.000	$ 142.100
25-14	800226024	COLPENSIONES	1	$ 1.120.000	$ 0	$ 0	$ 2.700	$ 179.200	$ 181.900
14-23	860011153	POSITIVA	1	$ 1.120.000	$ 0	$ 0	$ 100	$ 8.900	$ 9.000
CCF24	860066942	COMFENALCO CCF	1	$ 1.120.000	$ 0	$ 0	$ 400	$ 22.400	$ 22.800
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 5.300	$ 347.500	$ 352.800

V.lo [illegible]

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	14/10/2022

Escaneado con CamScanner

EMPRESA: EFECTIVO LTDA.
NIT.830.131.223-1
Calle 96 No. 12-55 Bogota

PAGO DE FACTURAS

1139 PLANILLA ASISTIDA ASOPAGOS

CORRESPONSAL BANCO DE OCCIDENTE

REFERENCIA	8606270723
NUMERO DE APROBACION	326306
Fecha:	30/09/2022 14:33:10
CO:	326115
NUM. TRANSACCION	1073701691
Valor	$352.000,00

CORRESPONSAL BANCARIO PEÑA BANCO DE OCCIDENTE. LA IMPRESION DE ESTE TIQUETE IMPLICA SU ACEPTACION, VERIFIQUE LA INFORMACION, ESTE ES EL UNICO RECIBO OFICIAL DE PAGO, FIDEA NACIONAL: 018000172025, ANTES DE RETIRARSE DEL PUNTO DE ATENCION VERIFIQUE REFERENCIA DE PAGO, CONCEPTO, LA FECHA, HORA, TIPO Y MONTO DEL SOPORTE DE PAGO REALIZADO SI NO ESTA DE ACUERDO CON LA INFORMACION AQUI INCORPORADA O LO HUBIERA NO CORRESPONDE A LA INFORMACION DEL PAGO REALIZADO INFORMELE DE MANERA INMEDIATA AL CAJERO LA CORRECCION REQUERIDA PARA HACER LAS CORRECCIONES A QUE DAYA LUGAR. DE LO CONTRARIO NI EFECTY NI BANCO DE OCCIDENTE S.A. ASUMIRAN LA RESPONSABILIDAD SOBRE RECLAMOS POSTERIORES.

PS Recaudador: 997616 RED PLATINUM ARMENIA

Cajero: CAROSSE

Recibi Conforme: _____

C.C. _____

V.10