CERTIFICADO DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR PARA PAGOS DE CONTRATISTAS

I. INFORMACION BASICA

DIA MES AÑO	NOMBRE DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR	DEPENDENCIA
18 / 03/ 2024	CLAUDIA ROMERO ARANGO	SECRETARIA DE SALUD 11604

II. INFORMACION CONTRATO

NIT DEL MUNICIPIO: 890.000.464-3

NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA: MILTON CESAR GOMEZ SANCHEZ

No. DE IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA : 89.005.849

CLASE O TIPO DE CONTRATO: PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES **NO. DEL CONTRATO:** 2024-005

FECHA DEL ACTA DE INICIO: 18 ENERO DEL 2024 **FECHA DE TERMINACION:** 17 ABRIL DEL 2024

CDP: 61 **RP:** 87 **Código (Rubro Presupuestal):** 11604.2.3.2.02.02.009.1906022.022.91122.012

VALOR TOTAL 9.900.000 **ENTIDAD BANCARIA:** DAVIVIENDA

VALOR AUTORIZADO PARA EL PAGO: $3.300.000 **CUENTA No:** 0570136070655685

SALDO RESTANTE: $3.300.000

FORMA DE PAGO: El Municipio de Armenia cancelara TRES (3) pagos iguales mensuales vencidos por valor de TRES MILLONES TRESCIENTOS MIL PESOS M/CTE ($3.300.000), previa verificación del pago de la seguridad social y entrega a satisfacción del informe de actividades realizadas y visto bueno por parte del uncionario encargado de ejercer la vigilancia y control

PERIODO A PAGAR: *18 DE FEBRERO DEL 2024 AL 17 DE MARZO DEL 2024*

No. Planilla de aportes: *FEBRERO* : **9463450708**	SOPORTES: 1. Acta de Inicio: (solo la primera vez.). 2. Informe del contratista: # de folios 2 3. Informe del supervisor y/o interventor: # de folios 1 Otros: planilla del mes de febrero # de folios 1 recibo de pago aportes febrero # de folios 1 cd informe de actividades # de folios 1
Pago de Pensión: $ 228.500	
Pago de Salud: $ 178.500	
ARP: $ 34.800	

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: $ 3.300.000

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 artículo 23 "Por la cual se fijan funciones, atribuciones y responsabilidades a los supervisores y/o interventores".

FIRMA DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR

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 folladas y archivadas.

Powered by CamScanner

Contrato	2024-005		
Objeto	SERVICIOS PROFESIONALES OPERATIVIZAR EL SISTEMA DE EMERGENCIAS MÉDICAS PARA EL MUNICIPIO DE ARMENIA.		
Valor total	**$ 9.900.000**	**Reg. Presupuestal No.**	87
Contratista	Milton Cesar Gomez Sanchez		
Supervisor	CLAUDIA ROMERO ARANGO		
Fecha de Inicio	ENERO 18 DEL 2024		
Fecha de terminación	ABRIL 17 DEL 2024		
Plazo de Ejecución	TRES (03) MESES		
Forma de pago	El Municipio de Armenia cancelara TRES (3) pagos iguales mensuales vencidos por valor de TRES MILLONES TRESCIENTOS MIL PESOS M/CTE ($3.300.000), previa verificación del pago de la seguridad social y entrega a satisfacción del informe de actividades realizadas y visto bueno por parte del uncionario encargado de ejercer la vigilancia y control.		

FECHA DEL ACTA No 2	**Año**	**MES**	**Día**
	2024	03	18

En la ciudad de armenia Quindío. En la fecha antes indicada contratista y supervisor suscribe la presente acta del contrato antes identificado y autorizar su respectivo pago.

	Por el periodo comprendido entre el 18 de febrero de 2024 y el 17 de Marzo del 2024.
Actividades Desarrolladas	**Obligaciones Especificas** **2.2.1** brindar apoyo en la gestión correspondiente a la atención pre-hospitalaria APH. Según las necesidades del municipio de Armenia entre ellos la estructuración del componente municipal en el sistema de emergencias médicas (SEM), Apoyo a la regulación de ambulancias en caso de requerirse, y orientación a las empresas prestadoras del servicio APH y usuarios. • Se apoya con al CRA disponibilidad 24 /7 por medio de plataformas digitales (zello , WhatsApp, llamadas teléfono móvil). • Realización cuadros de turno para el personal a cargo en el CRA. • Se realiza comunicación permanente con red salud, CRUE, SETTA, secretaria de movilidad Calarcá mediante reuniones presenciales para estructuración del componente municipal de emergencias médicas. • Elaboración de indicadores mensuales de APH y SOAT del municipio. • Comunicación y apoyo permanente a las empresas de ambulancias del municipio. • Seguimiento a los casos de APH, SOAT mediante formato de reporte unificado del CRA.Seguimiento a funcionamiento de GPS de las ambulancias y comunicaciones de cada móvil **2.2.2** brindar apoyo en la implementación del programa de educación a la movilidad y formación en primer respondiente en el municipio de Armenia en asocio con la oficina municipal de gestión del riesgo de desastres OMGERD. . (En el momento en proceso de empalme con OMGERD y posterior realización de cronograma de actividades)

Powered by CamScanner

	2.2.3 Brindar apoyo a la gestión de emergencias en el municipio de Armenia en asocio con la oficina municipal de gestión de riesgos de desastres OMGERD • Se sostiene comunicación permanente con disponibilidad 24/7 mediante plataforma WhatsApp y equipos de comunicación de CITEL con funcionarios de OMGERD asignados para el apoyo a la gestión de emergencias en el municipio de Armenia.

Las evidencias reposan en las carpetas archivos de la oficina de aseguramiento de la Secretaria de Salud. En las carpetas, libros y en medio magnético del CRA

A	
Valor Contrato	**$ 9.900.000**
Anticipo (Si lo hay)	**------0------**
Valor acta No – 1	$ 3.300.000
Valor presento acta No – 2	$3.300.000

APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL			
Entidad en donde se realiza el pago.	*Aportes en linea*	*Valor total del aporte*	*$ 441.800*
Recibo No.	9463450708	**Salud**	$ 178.600
Periodo cotizado	**De: 01-02-2024**	**Pensión**	$ 228.600
	Hasta: 29-02-2024	**ARP**	$ 34.800

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

OBSERVACIONES: (Se ha ejecutado 66,00 del contrato)

MILTON CESAR GOMEZ SANCHEZ	**CLAUDIA ROMERO ARANGO**
Contratista	**Supervisor**

Powered by CamScanner

Armenia. Marzo 2024

Señores

Secretaria de Hacienda
Área Contabilidad
Municipio de Armenia

Asunto: Retención en la fuente Contrato de Prestación de Servicios Profesionales **NO. 005 DE 2024**

Yo **Milton Cesar Gomez Sanchez,** identificada con cedula de ciudadanía Numero 89.005.849 de Armenia, en virtud del contrato de prestación de servicios de Profesionales **No.005** de **2024** por un valor total de **($9.900.000) Nueve Millones Novecientos Mil Pesos m/cte**. En el cual se establece el pago por el valor de **($3.300.000) Tres Millones Trescientos Mil Pesos m/cte** Por el periodo comprendido entre el 18 de febrero de 2024 al 17 de marzo de 2024, 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 termino inferior a (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 2023 Si__ No x_ soy declarante de título de renta.

Cordialmente

Milton Cesar Gomes Sánchez
CC.89.005.849 de Armenia Quindío

Powered by 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. Marzo 2024

Señores
Secretaria de Hacienda
Municipio de Armenia

Asunto: Autorización Descuento de Estampillas

Nombre y Apellido: Milton Cesar Gomez Cédula: 89.005.849

Dirección: B/ la Irlanda Mz a casa #11 Teléfono:3006220229

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;

MILTON CESAR GOMEZ SANCHEZ
Nombre y Apellido
C.C. 89.005.849

Powered by CamScanner

en línea

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 89005849		GOMEZ SANCHEZ MILTON CESAR	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	barrio la irlanda mz a numero 11	ARMENIA-QUINDIO	7410085	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-02	2024-02	483595716	9463450708	I	2024/03/12	2024/02/29	BANCO DAVIVIENDA	0	$441,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres		Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,428,000	$228,500			$1,428,000	$178,500			$0	$0			$1,428,000	$34,800		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,428,000	$228,500			$1,428,000	$178,500			$0	$0			$1,428,000	$34,800		$0	$0
Ciudad: ARMENIA Depto: QUINDIO (1 Afiliados)						$1,428,000	$228,500			$1,428,000	$178,500			$0	$0			$1,428,000	$34,800		$0	$0
1	CC	89005849	GOMEZ MILTON	230201	30	$1,428,000	$228,500	EPS010	30	$1,428,000	$178,500		0	$0	$0	14-23	30	$1,428,000	$34,800	0	$0	$0
Total Afiliados(1)						$1,428,000	$228,500			$1,428,000	$178,500			$0	$0			$1,428,000	$34,800		$0	$0

Powered by CamScanner

en linea

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 89005849		GOMEZ SANCHEZ MILTON CESAR	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	barrio la irlanda mz a numero 11	ARMENIA-QUINDIO	7410085	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-02	2024-02	483595716	9463450708	I	2024/03/12	2024/02/29	BANCO DAVIVIENDA	0	$441,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$228,500	$0	$0	$228,500
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$228,500	$0	$0	$228,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$34,800	$0	$0	$34,800
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$34,800	$0	$0	$34,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,500	$0	$0	$178,500
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$178,500	$0	$0	$178,500
TOTAL				1	$441,800	$0	$0	$441,800

Powered by CamScanner

DAVIVIENDA

Pago PSE

Resultado de su transacción

Código único CUS
483595716

Destino de pago
APORTES EN LINEA

Motivo
Pago de la Planilla de aportes con clave: 9463450708

Fecha
29/02/2024

Número de aprobación
00595716

Dirección IP
181.53.99.44

Valor transacción
$ 441.800,00

Costo de la transacción
$ 0,00 IVA incluido

Referencia 1	Referencia 2	Referencia 3
181.53.99.44	CC	89005849

Banco Davivienda S.A. Todos los derechos reservados 2017.

DAVIVIENDA

Powered by CamScanner