MUNICIPIO DE ARMENIA	**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
05	04	2024	CLAUDIA ROMERO ARANGO	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:** 2024297

FECHA DEL ACTA DE INICIO: FEBRERO 5 DEL 2024 **FECHA DE TERMINACION:** MAYO 4 DEL 2024

CDP: 2024611 **RP: 2024815** **Código (Rubro Presupuestal):** 11604.2320202009459905402991122.012

VALOR TOTAL: $9.900.000 nueve millones novecientos mil pesos mcte. **ENTIDAD BANCARIA:** DAVIVIENDA
CUENTA No: 0550136600184560

VALOR AUTORIZADO PARA EL PAGO: 3.300.000 tres millones trescientos mil pesos mcte.

SALDO RESTANTE: $3.300.000 tres millones trescientos mil pesos mcte.

FORMA DE PAGO: tres pagos iguales mensuales vencidos por valor de tres millones trescientos mil pesos (3.300.000), 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*: MARZO 05 A ABRIL 04 DEL 2024*

Planilla de aportes Nro. 29498218	SOPORTES:
Pago de Pensión FEBRERO : $215.200	1. Informe del supervisor y/o interventor. 1 folio 2. Informe de Contratista. 8 folios 3. Carta Retención. 1 folio 4. Autorización descuento estampillas 1 folio 5. Otros: Seguridad Social FEBRERO-2024 2 folios 6. 1 CD.
Pago de Salud FEBRERO : $168.100	
ARL FEBRERO : $7.100	

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
CLAUDIA ROMERO ARANGO

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.

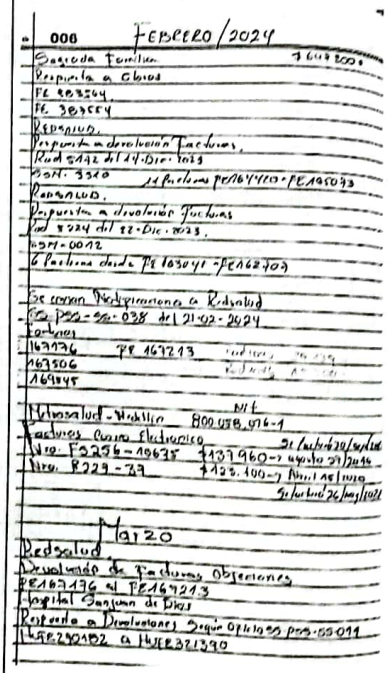
Powered by CamScanner

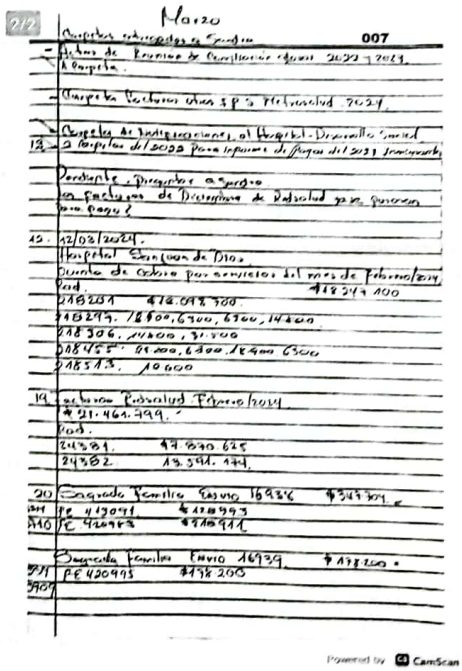
Contrato No.	2024-297		
Objeto	SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA CAPACIDAD OPERATIVA PARA GARANTIZAR EL APOYO A LAS ACTIVIDADES DE LOS DIFERENTES PROYECTOS DE LA SECRETARIA DE SALUD.		
Valor total	$9.900.000	**Reg. Presupuestal No.**	**RP 2024815**
Contratista	FRANCELID RAMIREZ BERNATE		
Supervisor	CLAUDIA ROMERO ARANGO		
Fecha de Inicio	05 DE FEBRERO DEL 2024		
Fecha de terminación	04 DE MAYO DEL 2024		
Plazo de Ejecución	3 (tres) meses		
Forma de Pago	tres (3) pagos iguales mensuales vencidos por valor de tres millones trescientos mil pesos M/cte. (3.300.000), previa verificación del pago de seguridad social y entrega a satisfacción del informe de actividades realizadas		

FECHA DEL ACTA PARCIAL	**Año**	**Mes**	**Día**
	2024	04	05

- 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 05 DE MARZO AL 04 DE ABRIL DEL 2024
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.


006 FEBRERO/2024
Seguridad Familiar 7 648 200
Propuesta a Glosas
FE 383264
FE 383564
RED SALUD.
Propuesta a devolución facturas.
Rad 8442 del 14-Dic-2023
Cont. 3320
11 Facturas FE1647210 - FE1650193
RED SALUD.
Propuesta a devolución facturas
Rad 8724 del 22-Dic-2023.
CONT-0012
6 Facturas desde FE1650491 - FE1652709
Se corren Radicaciones a Red salud
Cto PSS-SS-038 del 21-02-2024
Facturas
1647196 FE 1647213
1653506
1649845
Red salud - Medellín NIT 800.058.976-1
Facturas Cuenta Electronica
Fac No. FE256-10635 $137.960 -> agosto 27/2046
Fac No. FE29-39 $128.100 -> Abril 16/2020
Suscripción 26/Mayo/2021
Marzo
Red salud
Devolución de Facturas Objeciones
FE1647196 al FE1647213
Hospital Sanjuan de Dios
Propuesta a Devoluciones Segun Objeciones pss-SS-099
FE2490182 a FE2521390


Marzo
007
Anexos de Remisión de Conciliación cuenta 2023 y 2024.
Anexos
Anexos Facturas cuenta SGP's Red salud 2024
Carpetas de Radicaciones al Hospital Departamental Universidad
12 Hospital de 2023 para Informes de Pagos del 2023 Terminados
Coordinar Digitador apoyo
en Facturas de Secretaría de Salud para pagos
12/03/2024.
Hospital Sanjuan de Dios
Cuenta de cobro por servicios del mes de Febrero/2024
Red. $48.094.300 $48.349.400
248284
248293. 18800, 6300, 6300, 14400
248306. 14400, 31500
248455. 21.200, 6300, 18900, 6300
248513. 10.600
Facturas Radicadas Febrero 2024
$21.461.799.
Red.
248284. $7.870.625
248282. 13.590.174
Seguridad Familiar Envio 16936 $349.309
FE 419091 $178993
FE 420493 $170911
Seguridad Familiar Envio 16939 $178.200
FE 420495 $178.200

Powered by CamScan

Powered by CamScanner

Esta actividad se realizó con facturas de REDSALUD, LA SAGRADA FAMILIA, HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS de pacientes atendidos en el mes de FEBRERO DEL 2024 radicadas en libro desde el despacho y entregadas al área de Aseguramiento, donde se radican, se revisan y se pasan a auditoria.

-FACTURAS REDSALUD:
Facturas Febrero del 2024
RAD. 24381 $7.870.625
RAD 24382 $13.591.174
TOTAL $21.461.799



Armenia, Quindío, Viernes 15 de Marzo de 2024

15 MAR 2024

Señor(a)
ALCALDIA DE ARMENIA-SECRETARIA DE SALUD
LUZ MARINA CORREAL BARRIOS
ARMENIA, QUINDIO

Asunto: EVIDENCIA RADICACION SECRETARIA DE ARMENIA FEBRERO 2024

Cordial Saludo:

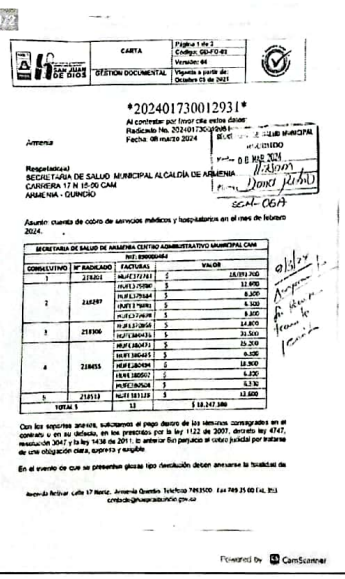
De manera atenta me permito enviar los siguientes radicados acompañado con las respectivas facturas, archivos Rips, y soportes por paciente correspondiente al mes de Febrero de 2024, por un valor de $21.461.798 (Veinte uno Millones Cuatrocientos sesenta un Mil Setecientos Noventa nueve Pesos MCTE.).

Teniendo en Cuenta lo anterior citamos lo dispuesto en el artículo 13 literal d) de la Ley 1122 de 2007 *"Si fuesen por otra modalidad, como pago por evento, se hará como mínimo un pago anticipado del 50% del valor de la factura, dentro de los cinco días posteriores a su presentación. En caso de no presentarse objeción o glosa alguna, el saldo se pagará dentro de los treinta días (30) siguientes a la presentación de la factura, siempre y cuando haya recibido los recursos del ente territorial en el caso del régimen subsidiado. De lo contrario, pagará dentro de los quince (15) días posteriores a la recepción del pago."*

Nº RADICADO	VALOR
24381	$7.870.625
24382	$13.591.174
TOTAL	$ 21.461.799

Cordialmente,

-FACTURAS HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS :
Facturas Febrero del 2024
DESDE RAD 218201
HASTA RAD 218513
TOTAL $18.247.100



1/2

CARTA — Página 1 de 2 — Código: GD-FO-61 — Versión: 04 — GESTION DOCUMENTAL — Vigente a partir de: Octubre 05 de 2021

202401730012931

Al contestar por favor cite estos datos:
Radicado No. 202401730012931
Fecha: 08 marzo 2024

Armenia

08 MAR 2024

Señor(es)
SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL ALCALDÍA DE ARMENIA
CARRERA 17 N 15-00 CAM
ARMENIA - QUINDÍO

Asunto: cuenta de cobro de servicios médicos y hospitalarios en el mes de febrero 2024.

SECRETARIA DE SALUD DE ARMENIA CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL CAM

CONSECUTIVO	Nº RADICADO	FACTURAS	VALOR
1	218201	HUEZ137161	$ 18.191.700
		HUEJ175590	$ 12.970
2	218247	HUEJ175644	$ 8.500
		HUEJ175691	$ 8.500
		HUEJ174618	$ 8.500
3	218306	HUEJ172856	$ 14.800
		HUET180431	$ 31.500
		HUEJ180471	$ 31.200
4	218455	HUET180495	$ 6.500
		HUEJ180494	$ 18.900
		HUEJ180507	$ 6.500
		HUET180504	$ 6.330
5	218513	HUET181125	$ 12.600
TOTAL 5		13	$ 18.247.100

Con los soportes anexos, solicitamos el pago dentro de los términos consagrados en el contrato o en su defecto, en los prescritos por la ley 1122 de 2007, decreto ley 4747, resolución 3047 y la ley 1438 de 2011. Si anterior Sin perjuicio al cobro judicial por tratarse de una obligación clara, expresa y exigible.

En el evento de que se presenten glosas tipo facturación deben anexarse la totalidad de

Avenida Bolívar Calle 17 Norte. Armenia Quindío Teléfono 7493500 Fax 749 35 00 Ext. 393
contacto@hospitalquindio.gov.co

Powered by CamScanner

2/2

CARTA — Página 2 de 2 — Código: GD-FO-61 — Versión: 04 — GESTION DOCUMENTAL — Vigente a partir de: Octubre 05 de 2021

los documentos enviados y en forma separada de los otros tipos glosa

Junto con el archivo de RIPS se anexa el archivo definido en la resolución 3047, anexo técnico N° 3 Registro conjunto de la trazabilidad de la factura, el cual debe ser enviado en forma oportuna a los correos mencionados posteriormente.

Favor consignar en el banco Davivienda cuenta de ahorros N° 1361-0012-9529 a nombre de Hospital San Juan de Dios Armenia, informando a los correos electrónicos contacto@hospitalquindio.gov.co; cartera@hospitalquindio.gov.co y plataformasrips@hospitalquindio.gov.co con sus correspondientes soportes con el fin de actualizar en el menor tiempo sus pago.

Agradeciendo su atención prestada

PAOLA ANDREA MARTINEZ PALACIOS
JEFE OFICINA DE RECAUDO

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL DEPARTAMENTAL UNIVERSITARIO DEL QUINDIO
SAN JUAN DE DIOS
NIT: 890.000.110-2

Avenida Bolívar Calle 17 Norte. Armenia Quindío Teléfono 7493500. Fax 749 35 00 Ext. 393
contacto@hospitalquindio.gov.co

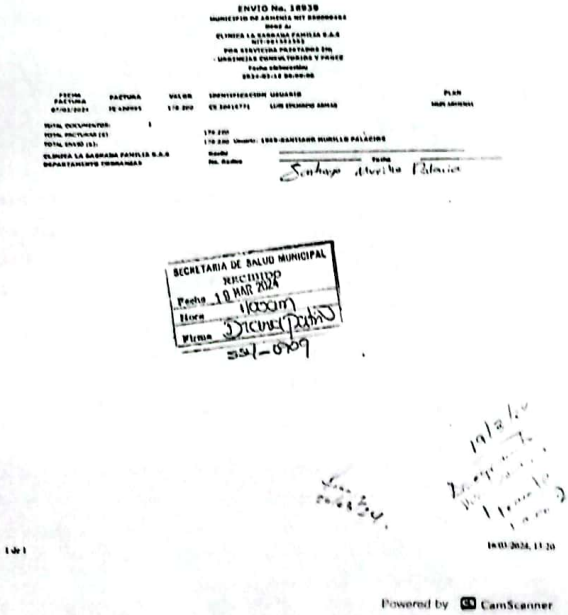
Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

-FACTURAS SAGRADA FAMILIA:

ENVIO 16938	FE413091	$128.793
	FE420983	$218.911
ENVIO 16939	FE420995	$178.200
TOTAL		$525.904





Powered by CamScanner

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.

FACTURAS REDSALUD

	C	D	E	F
726	24381	15/03/2024	19/03/2024	01/02/2024
727	24381	15/03/2024	19/03/2024	01/02/2024
728	24381	15/03/2024	19/03/2024	01/02/2024
729	24381	15/03/2024	19/03/2024	02/02/2024
730	24381	15/03/2024	19/03/2024	02/02/2024
731	24381	15/03/2024	19/03/2024	02/02/2024
732	24381	15/03/2024	19/03/2024	03/02/2024
733	24381	15/03/2024	19/03/2024	06/02/2024
734	24381	15/03/2024	19/03/2024	08/02/2024
735	24381	15/03/2024	19/03/2024	09/02/2024
736	24381	15/03/2024	19/03/2024	09/02/2024
737	24381	15/03/2024	19/03/2024	12/02/2024
738	24381	15/03/2024	19/03/2024	14/02/2024
739	24381	15/03/2024	19/03/2024	14/02/2024
740	24381	15/03/2024	19/03/2024	14/02/2024
741	24381	15/03/2024	19/03/2024	15/02/2024
742	24381	15/03/2024	19/03/2024	15/02/2024
743	24381	15/03/2024	19/03/2024	15/02/2024
744	24381	15/03/2024	19/03/2024	16/02/2024

REDSALUD | GLOSAS REDS | HOSPITAL SANJUAN | GLOSAS HOSP | SAGRAD

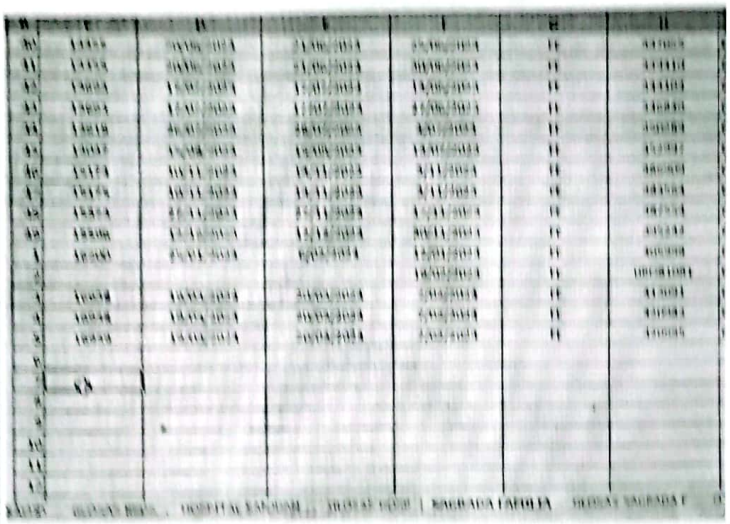
FACTURAS HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

A	B	C	D	E
SM0617	13	218201	8/03/2024	11/03/2024
SM0617	14	218297	8/03/2024	11/03/2024
SM0617	15	218297	8/03/2024	11/03/2024
SM0617	16	218297	8/03/2024	11/03/2024
SM0617	17	218297	8/03/2024	11/03/2024
SM0617	18	218306	8/03/2024	11/03/2024
SM0617	19	218306	8/03/2024	11/03/2024
SM0617	20	218455	8/03/2024	11/03/2024
SM0617	21	218455	8/03/2024	11/03/2024
SM0617	22	218455	8/03/2024	11/03/2024
SM0617	23	218455	8/03/2024	11/03/2024
SM0617	24	218455	8/03/2024	11/03/2024
SM0617	25	218513	8/03/2024	11/03/2024

REDSALUD | GLOSAS REDS | HOSPITAL SANJUAN | GLOSAS HOSP

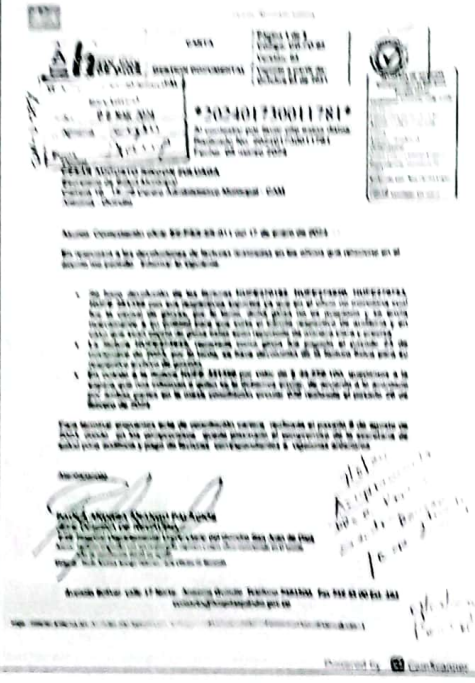
Powered by CamScanner

FACTURAS SAGRADA FAMILIA



Esta actividad se realiza teniendo en cuenta desde que se ingresa la facturación, se registran en la oficina de Aseguramiento, se revisan facturas y valores , se pasan para auditoria médica , se separan y a las facturas glosadas se le realizan las notificaciones de glosas y se registran en el libro de archivo Excel, lo mismo se hace con las autorizadas para pago.
Se radican las siguientes Respuestas a devolución de facturas y se registran en el archivo Excel

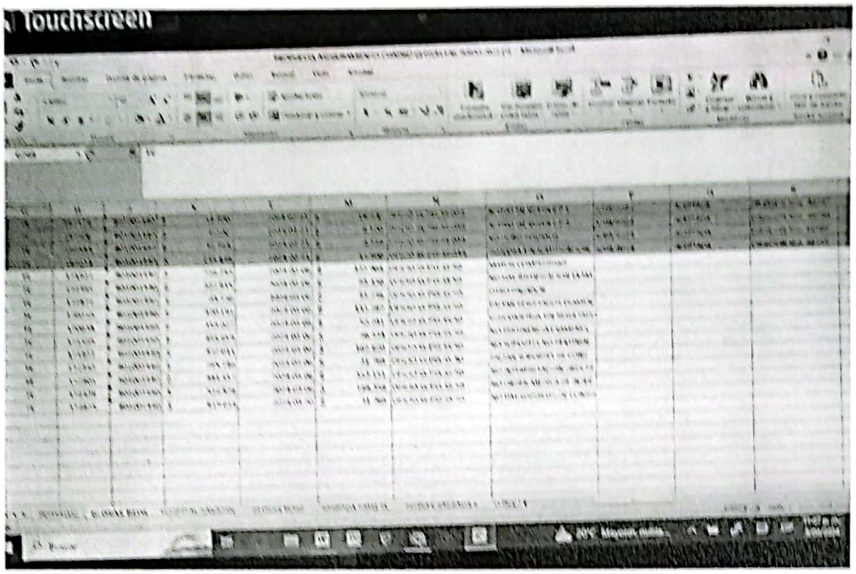
HOSPITAL SANJUAN DE DIOS
RADICADO, PENDIENTE PARA TRAMITE POR AUDITORIA MEDICA RESPUESTA A OFICIO 88-P88-88-011 DEVOLUCIONES DE FACTURAS HUFE270182 A HUFE321390



Powered by CamScanner

REDSALUD
RESPUESTA A DEVOLUCION DE FACTURAS OBJECIONES FE167176 AL FE167213

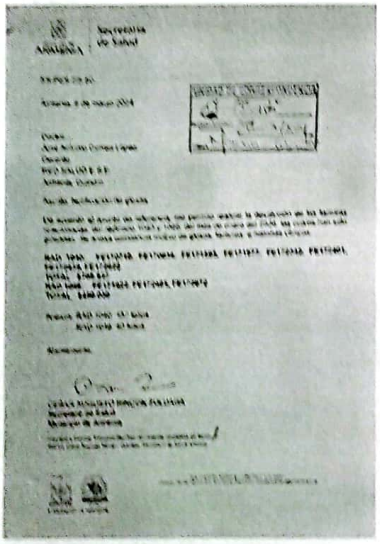
NO SE PROCEDE A HACER NINGUN TRAMITE YA QUE FUERON ACEPTADAS EN SU TOTALIDAD POR REDSALUD, SOLO SE REGISTRAN EN EL ARCHIVO DE EXCEL.



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 archivan documentos en carpetas para trazabilidad y notificación de glosas de las diferentes I.P.S.

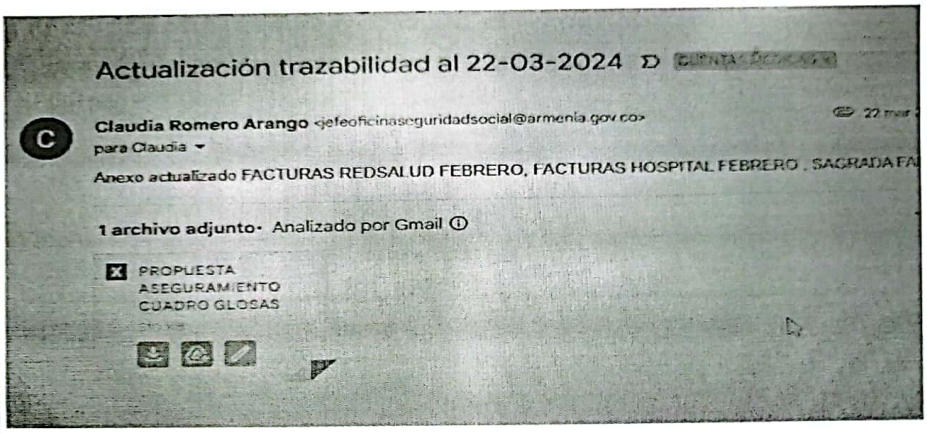
NOTIFICACION GLOSA Nro. 050 a REDSALUD : RAD 1040 $788.627, RAD 1046 $450.030

Se escanean, se envían físicas y por correo electrónico, se archivan en PDF en la carpeta de Aseguramiento y en carpeta física de cada entidad. Se registran las notificaciones en el libro de Excel.



Powered by CamScanner

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.. El archivo se mantiene actualizado tanto en el sistema como en físico, se generaron o alistaron nuevas carpetas para cada una de las I.P.S. que contienen recibidos de facturas, notificaciones de glosas recibidas, oficios de autorización de pagos. Los documentos permanecen debidamente ordenados, legajados en archivador del 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.:

En este periodo no se realizó reuniones de conciliación pero si se asistió a reunión en la secretaria de Salud Departamental sobre auditorias para el 2024 y como se llevara a cabo la vigilancia y control de la inversión de los presupuestos para los diferentes proyectos de la secretaria de salud en los municipios



Powered by CamScanner

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%		
ESTADO DE CUENTA			
Valor Contrato	**$9.900.000**		
Anticipo (Si lo hay)			
Valor Acta No 1	**$3.300.000**		
Valor Acta No 2	**$3.300.000**		
Saldo pendiente de pago	**$3.300.000**		
APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL			
Entidad en donde se realiza el pago.	ASOPAGOS	**Valor total del aporte**	$390.400
No. PLANILLA	**29498218**	**Salud**	$168.100
Periodo cotizado	**De: FEBRERO 1 de 2024**	**Pensión**	$215.200
	Hasta: FEBRERO 28 de 2024	**ARL**	$7.100
ANEXOS:			*Marque con x*
Recibo de pago de seguridad social			*X*
Copia planillas de aporte			*X*
Otros			
OBSERVACIONES: Se ha ejecutado el 66% del valor del contrato			
Firma	Francelid Ramirez B.		
Nombre	**Francelid Ramírez Bernate**		**Claudia Romero Arango**
	Contratista		**Supervisora**

Powered by CamScanner

ASOPAGOS s.a.

RAZÓN SOCIAL :	FRANCELID RAMIREZ
IDENTIFICACIÓN:	CC-41914659
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2024-04-05
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2024-04-05
FECHA DE PAGO:	2024-04-05
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO CAJA SOCIAL BCSC
PERÍODO PENSIÓN:	2024-02
PERÍODO SALUD:	2024-02
NÚMERO PLANILLA:	29498218
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	29498218
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS002	800130907	SALUD TOTAL	1	$ 1.320.000	$ 0	$ 0	$ 3.100	$ 165.000	$ 168.100
25-14	800336004	COLPENSIONES	1	$ 1.320.000	$ 0	$ 0	$ 4.000	$ 211.200	$ 215.200
14-23	8600**1153	POSITIVA	1	$ 1.320.000	$ 0	$ 0	$ 200	$ 6.900	$ 7.100
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 7.300	$ 383.100	$ 390.400

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	12/04/2024

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Banco Caja Social

Pago de servicios electrónicos

Resultado de la transacción

Transacción exitosa.
Apreciado cliente. Pago sujeto a aprobación. Para concluir, por favor seleccione la opción "Regresar al comercio" y verifique el estado final de la transacción. Si tiene algún inconveniente, comuníquese con la entidad con la que liquidó su planilla o con el comercio desde el cual está realizando la compra o pago.

FECHA Y HORA
5 abril 2024 9.50 am

DIRECCIÓN IP 181.51.137.152

NÚMERO DE TRANSACCIÓN
APII4096323617392688

NÚMERO DE CONFIRMACIÓN
26880077

NOMBRE DEL COMERCIO	ASOPAGOS
NIT DEL COMERCIO	9998605023278
CÓDIGO DEL SERVICIO	99000
VALOR DE LA TRANSACCIÓN	$390.400,00
VALOR DEL IMPUESTO	$0,00
REFERENCIA DE PAGO	29498218
FECHA DE LA SOLICITUD	5 abril 2024
REFERENCIA 1	10.10.11.7
REFERENCIA 2	CC
REFERENCIA 3	41914659
CÓDIGO DE LA TRANSACCIÓN (CUS)	556876643
CICLO DE LA TRANSACCIÓN	2
DESCRIPCIÓN DEL PAGO	Pago de seguridad Social Integrado
CUENTA ORIGEN	Cuentamiga *******4258

Powered by CamScanner

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

Armenia, 05 de abril del 2024

Señores
Secretaria de Hacienda
Municipio de Armenia

Asunto: Autorización Descuento de Estampillas

Nombre y Apellido: FRANCELID RAMIREZ BERNATE Cédula: 41.914.659

Dirección: Ciudadela Montecarlo Abedules Torre 2 apto 705 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 B.
FRANCELID RAMIREZ BERNATE
C.C 41.914.659

Powered by CamScanner

Armenia, 05 de abril del 2024

Señores
Secretaria de Hacienda
Área Contabilidad
Municipio de Armenia

Asunto: Retención en la fuente Contrato de Prestación de Servicios **N°2024-297**

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 **2024-297** de fecha de suscripción del 05 de febrero del 2024 por un valor total de **$9.900.000** y en el cual se establece el pago por el valor de **$3.300.000** pesos m/cte., por el periodo comprendido entre el **05 de marzo al 04 de abril del 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 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 2023 Si _x__ No __ soy declarante a título de renta.

Cordialmente;

Francelid Ramirez B
FRANCELID RAMIREZ BERNATE
C.C 41.914.659

Powered by CamScanner