CERTIFICADO DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR PARA PAGOS DE CONTRATISTAS

I. INFORMACION BASICA

DIA MES AÑO	NOMBRE DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR	DEPENDENCIA
10 / 07 / 2024	LUZ MARINA CORREAL BARRIOS	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:** 2024-2051

FECHA DEL ACTA DE INICIO: 05 DE JUNIO DEL 2024 **FECHA DE TERMINACION:** 04 DE SEPTIEMBRE DEL 2024

CDP: 3834 **RP:** 5070 **Código (Rubro Presupuestal):** 11604.2.3.2.02.02.009.4599023.029.91122.012

VALOR TOTAL 10.500.000 **ENTIDAD BANCARIA:** DAVIVIENDA

VALOR AUTORIZADO PARA EL PAGO: $3.500.000 **CUENTA No:** 0570136070655685

SALDO RESTANTE: $7.000.000

FORMA DE PAGO: El municipio de Armenia cancelara al contratista Tres (3) pagos mes vencido vencidos por valor de TRES MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS MCTE ($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 funcionario encargado de ejercer la vigilancia y control.

PERIODO A PAGAR: *05 DE JUNIO DEL 2024 AL 04 DE JULIO DEL 2024*

No: Planilla de aportes: JUNIO : **9469091774**	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 Junio # de folios 1 recibo de pago aportes Junio # 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: $ 3.500.000

QUE CORRESPONDE A: ANTICIPO____PRIMERO _X_SEGUNDO ___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 foliadas y archivadas.

Powered by CamScanner

Contrato	2024-2051		
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	**$ 10.500.00**	**Reg. Presupuestal No.**	**5070**
Contratista	Milton Cesar Gomez Sanchez		
Supervisor	Claudia Romero Arango		
Fecha de Inicio	JUNIO 05 DEL 2024		
Fecha de terminación	SEPTIEMBRE 04 DEL 2024		
Plazo de Ejecución	TRES (3) MESES		
Forma de pago	El municipio de Armenia cancelara al contratista Tres (3) pagos mes vencido vencidos por valor de TRES MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS MCTE ($3.500.000), 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		

FECHA DEL ACTA No 1	**Año**	**MES**	**Día**
	2024	07	10

	Por el periodo comprendido entre el 05 de Junio del 2024 y el 04 de julio 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, no se realiza en el mes de Junio por vacaciones escolares en el departamento del Quindío, se tiene programada para el

Powered by CamScanner

	departamento del Quindío, se tiene programada para el mes de Julio. **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 Secretaría de Salud. En las carpetas, libros y en medio magnético del CRA

ESTADO DE CUENTA	
Valor Contrato	**$ 10.500.000**
Anticipo (Si lo hay)	**——0——**
Valor presente Acta No – 1	$ 3.500.000

APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL			
Entidad en donde se realiza el pago.	*Aportes en línea*	***Valor total del aporte***	*$ 441.800*
Recibo No.	**9469091774**	**Salud**	$ 178.500
Periodo cotizado	**De: 01-06-2024**	**Pensión**	$ 228.500
	Hasta: 30-06-2024	**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 33% del contrato)

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

Powered by CamScanner

Armenia, 10 de Julio de 2024

Señores
Secretaria de Hacienda Municipal
Área Contabilidad
Alcaldia de Armenia

Asunto: Retención en la fuente Contrato de Prestación de Servicios No. 2024-2051 Profesionales

NOMBRE COMPLETO:	MILTON CESAR GOMEZ SANCHEZ
IDENTIFICACION:	89.005.849
CONTRATO No.	2024-2051
VALOR DEL CONTRATO:	$10.500.000
VALOR PRESENTE PAGO:	$3.500.000

Para la aplicación de la retención en la fuente, manifiesto, bajo la gravedad de juramento, lo siguiente:

1. Declaro que conforme a los ingresos recibidos a mi nombre durante la vigencia fiscal 2023, **SI___ NO_X__**, soy declarante de impuesto de renta.

2. Para efectos de la declaración de renta del año gravable 2024, **NO __X_ SI ___** tomaré costos y deducciones asociadas a esta renta, conforme a los establecido en los artículos 1.2.4.1.6 y 1.24.1.17 del Decreto Único Reglamentario 1625 de 2016, modificado por los articulos 9 y 11 del Decreto 2231 de 2023.

3. Igualmente informo que para el año fiscal 2024 **SI ___ NO_X__** tomaré, además, las deducciones permitidas del 25% como renta exenta.

NOTA 1: Quienes manifiesten no tomar costos ni deducciones y opten por tomar la deducción del 25%, se les aplicara la tabla del Art. 383. E.T.

NOTA 2: Quienes manifiesten NO ser declarantes de renta y/o certifiquen que sí se van a tomar costos y deducciones de la presente renta y tienen las bases para retener, se les aplicará las tarifas de los artículos 392 y 401 del E.T.

Cordialmente,

MILTON CESAR GOMEZ SANCHEZ
89.005.849
mgomez439@cue.edu.co

Powered by CamScanner

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

Armenia Julio de 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

aportes en línea

Resumen General de Pago

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
2024-06	2024-06	765048333	9469091774	I	2024/07/11	2024/07/09	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

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 89005849		GOMEZ SANCHEZ WILTON 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
2024-06	2024-06	765048333	94565911774	1	2024/07/11	2024/07/09	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 WILTON	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
																	$1,428,000	$34,800		$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,428,000	$228,500			$1,428,000	$178,500			$0	$0							

Powered by CamScanner

DAVIVIENDA

Pago PSE

Resultado de su transacción

Código único CUS
765048333

Destino de pago
APORTES EN LINEA

Motivo
Pago de la Planilla de aportes con clave: 9469091774

Fecha
09/07/2024

Número de aprobación
00048333

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

CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No. 2024 - 2051

Hoy 05 de JUNIO del año 2024, se reunieron en el Despacho de la secretaria de Salud de Armenia, la jefe de Oficina de Seguridad Social en salud Dra. **CLAUDIA ROMERO ARANGO** (Supervisora) y **MILTON CESAR GOMEZ SANCHEZ** (Contratista), con el fin de dar inicio al contrato en referencia.

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 DEL CONTRATO: DIEZ MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS MCTE ($10.500.000)

FORMA DE PAGO: El Municipio de Armenia cancelara al contratista tres (3) pagos mes vencido por valor de TRES MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS MCTE ($ 3.500.000), 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: **MILTON CESAR GOMEZ SANCHEZ**

SUPERVISOR: **CLAUDIA ROMERO ARANGO**

FECHA INICIO: **05 DE JUNIO DE 2024**

FECHA DE TERMINACIÓN: 04 **DE SEPTIEMBRE DE 2024**

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 2024-5070 (y se ha aprobado la respectiva garantía única)

FIRMA SUPERVISORA

FIRMA CONTRATISTA

Powered by CamScanner

ALCALDIA DE ARMENIA

Vigencia Fiscal 2024

REGISTRO PRESUPUESTAL DE COMPROMISOS Nº. 5070

NIT. 890000464-3
741 7100
Carrera 16 # 15-28 Centro

Fecha de Compromiso: 29 de mayo de 2024

Beneficiario GOMEZ SANCHEZ MILTON CESAR **Nit:** 89005849 - 2

No. C.D.P. 3834 **Fecha de Expedición del C.D.P.** 16 de mayo de 2024

Tipo de Compromiso Contrato

Oficio SALUD SS-PSS-DP- 2136 **Fecha:** 29/05/2024 **Vence:** 31/12/2024

Objeto: SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA CAPACIDAD OPERATIVA PARA GARANTIZAR EL APOYO A LAS ACTIVIDADES DE LOS DIFERENTES PROYECTOS DE LA SECRETARÍA DE SALUD.

Cto.Utilidad SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL

IMPUTACION PRESUPUESTAL

Código	Descripción	Valor
Gastos-Inversion Recurso Propio-Destinación Especifica RENTAS CEDIDAS 604 - 2.3.2.02.02.009.4599054.029.91122 - 012	Servicios de la administración pública relacionados con la salud	$ 10.500.000,00
	Total Compromiso	$10.500.000,00

Programación de PAC*

Mes	Valor Programación
Junio	$3.500.000,00
Julio	3.500.000,00
Agosto	3.500.000,00
Valor Total	$10.500.000,00

GERMAN ALONSO GOMEZ CASTRILLON
Lider de Presupuesto

Elaboró

Revisó

Elaboró: DSANCHEZ

*Los pagos se condicionan al cumplimiento de los requisitos establecidos contractualmente.

Powered by CamScanner

DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

BOGOTA, D.C., **31/08/2023**
BOGOTA, D.C.,
COLOMBIA,

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor MILTON CESAR GOMEZ SANCHEZ** con **Cédula de Ciudadanía** número **89005849**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS FIJO DIARIO

Número	**0570136070655685**
Fecha de apertura	**06/03/2023**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.
NIT. 860.034.313-7

Powered by CamScanner