CERTIFICADO DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR PARA PAGOS DE CONTRATISTAS

I. INFORMACION BASICA

DIA MES AÑO	NOMBRE DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR	DEPENDENCIA
10 / 06 / 2025	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:** 2025-1602

FECHA DEL ACTA DE INICIO: 11 DE MARZO DEL 2025 **FECHA DE TERMINACION:** 10 DE JUNIO DE 2025

CDP: 2294 **RP:** 2507 **Código (Rubro Presupuestal):** 11604-2.3.2.02.02.009.1906022.042.012

VALOR TOTAL: $10.500.000 **ENTIDAD BANCARIA:** DAVIVIENDA

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

SALDO RESTANTE: $ 0

FORMA DE PAGO: TRES (03) Pago (s) IGUALES MENSUALES vencido (s) por valor de TRES MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS M/CTE ($ 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.

PERIODO A PAGAR: 11 DE MAYO DEL 2025 AL 10 DE JUNIO DEL 2025

No. Planilla de aportes MAYO: 9486565094	SOPORTES:
Pago de Pensión: $ 228.500	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
Pago de Salud: $ 178.500	4. Otros: Planilla del mes de Mayo # de folios 1
ARL: $ 34.800	Recibo de pago aportes Mayo # de folios 1 CD informe de actividades # de folios 1

Certifico que verifiqué la veracidad de la planilla de aportes a seguridad social que allegó el contratista. Así mismo, de conformidad con la declaración juramentada que el contratista realizó en el informe de ejecución contractual, se realizó la revisión del Ingreso Base de Cotización, y el mismo efectivamente correspondiente al 40% del valor mensualizado de los ingresos por prestación de servicios del contratista.

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___ SEGUNDO___ TERCERO_X__ 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 No.	2025-1602		
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	**$ 10.500.000**	**Reg. Presupuestal No.**	**2507**
Contratista	MILTON CESAR GOMEZ SANCHEZ		
Supervisor	CLAUDIA ROMERO ARANGO		
Fecha de Inicio	MARZO 11 DEL 2024		
Fecha de terminación	JUNIO 10 DEL 2025		
Plazo de Ejecución	TRES (03) MESES		
Forma de Pago	**TRES (03) Pago (s) IGUALES MENSUALES vencido (s) por valor de TRES MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS M/CTE ($ 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 PARCIAL 3	**Año**	**Mes**	**Día**
	2025	06	10

En la ciudad de Armenia Q., en la fecha antes indicada contratista y supervisor suscriben la presente Acta Parcial No. 3 del contrato antes identificado y autorizar su correspondiente pago.

Periodo informado	DEL 11 DE MAYO DEL 2025 AL 10 DE JUNIO DEL 2025
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 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 EL MES DE MAYO SE REALIZA CAPACITACION EN PRIMER RESPONDIENTE MANEJO DEL DEA Y PROTOCOLOS PAS A LOS SIGUIENTES ESTABLECIMIENTOS: SALAS DE CINE ROYAL FILMS SEDE PLAZA FLORA Y SEDE SAN SUR, UNIVERSIDAD DEL QUINDIO (BRIGADAS DE EMERGENCIAS) **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

Powered by CamScanner

	para el apoyo a la gestión de emergencias en el municipio de Armenia.
Evidencias de la ejecución del contrato	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 Y CD.

ESTADO DE CUENTA	
Valor Contrato	**$10.500.000**
Anticipo (Si lo hay)	**-----0-----**
Valor Acta No 1	**$3.500.000**
Valor Acta No 2	**$3.500.000**
Valor Acta No 3	**$3.500.000**
Valor a pagar en la presente Acta No. 3	**$3.500.000**
Saldo (Valor pendiente para pago)	**$000**

APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL			
Declaro bajo la gravedad del juramento que SI (____) NO (__X___) poseo otros contratos de prestación de servicios vigentes		**Valor de ingresos mensualizados de los contratos de prestación de servicios**	**$3.500.000**
VALOR DEL IBC (40% del valor de ingresos mensualizados de los contratos de prestación de servicios vigentes)		**$1.423.500**	
Entidad en donde se realiza el pago.	APORTES EN LINEA	**Valor total del aporte**	$ 441.800
Recibo No.	**MAYO: 9486565094**	**Salud**	$ 178.500
Periodo cotizado	**De: 01 DE MAYO 2025**	**Pensión**	$ 228.500
	Hasta: 31 DE MAYO 2025	**ARP**	$ 34.800

ANEXOS:	*Marque con x*
Recibo de pago de seguridad social	x
Copias planillas de aporte	x
Otros (CD)	x

OBSERVACIONES: (Se ha ejecutado el 100% del contrato)

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

Powered by CamScanner

Armenia, JUNIO de 2025

Señores
Secretaria de Hacienda Municipal
Área Contabilidad
Alcaldía de Armenia

Asunto: Retención en la fuente Contrato de Prestación de Servicios Profesionales 2025-1602

NOMBRE COMPLETO:	MILTON CESAR GOMEZ SANCHEZ
IDENTIFICACION:	89.005.849
CONTRATO No.	2025-1602
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 2024, **SI___ NO_X__**, soy declarante de impuesto de renta.

2. Para efectos de la declaración de renta del año gravable 2025, **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 artículos 9 y 11 del Decreto 2231 de 2023.

3. Igualmente informo que para el año fiscal 2025 **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 Secretaria de Hacienda Municipal Proceso Gestión Financiera	Código: R-SH-PGF-005 Fecha: 28/09/2021 Versión: 001 Página: 1 de 1

Armenia, JUNIO de 2025

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

GOBIERNO DEL **QUINDÍO** | **Recaudo de Estampillas**
RECIBO OFICIAL DE PAGO ELECTRÓNICO

Fecha de Expedición 2025/06/09 **Fecha Límite de Pago** 2025/06/16 **Recibo Nº** 8352500083754

Trámite CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONA NATURAL

PRO HOSPITAL $ 70.000

Total a Pagar $ 70.000

Con destino a: Alcaldía de Armenia

Contribuyente
Tipo de Doc. CC
Número 89005849
Nombre MILTON CESAR GOMEZ SANCHEZ
Teléfono

(415)000000024605(8020)083525000837 54(3900)000000007000 0(96)20250616

VALOR BASE	$ 3.500.000
VALOR TOTAL CONTRATO	$ 10.500.000
VALOR ORDEN DE PAGO	$ 3.500.000
FECHA CONTRATO	11/03/2025
NRO. CONTRATO	1602
NUMERO ORDEN DE PAGO	3

Contribuyente

GOBIERNO DEL **QUINDÍO** | **Recaudo de Estampillas**

Recibo Nº 8352500083754
Fecha de Expedición 2025/06/09 **Fecha Límite de Pago** 2025/06/16

Trámite CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONA NATURAL

PRO HOSPITAL $ 70.000

Total a Pagar $ 70.000

Con destino a: Alcaldía de Armenia

Contribuyente
Tipo de Doc. CC
Número 89005849
Nombre MILTON CESAR GOMEZ SANCHEZ
Teléfono

(415)000000024605(8020)083525000837 54(3900)000000007000 0(96)20250616

VALOR BASE	$ 3.500.000
VALOR TOTAL CONTRATO	$ 10.500.000
VALOR ORDEN DE PAGO	$ 3.500.000
FECHA CONTRATO	11/03/2025
NRO. CONTRATO	1602
NUMERO ORDEN DE PAGO	3

Soporte trámite

GOBIERNO DEL **QUINDÍO** | **Recaudo de Estampillas**

Recibo Nº 8352500083754
Fecha de Expedición 2025/06/09 **Fecha Límite de Pago** 2025/06/16

Trámite CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONA NATURAL

PRO HOSPITAL $ 70.000

Total a Pagar $ 70.000

Con destino a: Alcaldía de Armenia

Contribuyente
Tipo de Doc. CC
Número 89005849
Nombre MILTON CESAR GOMEZ SANCHEZ
Teléfono

(415)000000024605(8020)083525000837 54(3900)000000007000 0(96)20250616

VALOR BASE	$ 3.500.000
VALOR TOTAL CONTRATO	$ 10.500.000
VALOR ORDEN DE PAGO	$ 3.500.000
FECHA CONTRATO	11/03/2025
NRO. CONTRATO	1602
NUMERO ORDEN DE PAGO	3

Soporte Entidad

Powered by CamScanner

MUNICIPIO DE ARMENIA

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

ALCALDIA DE ARMENIA

Vigencia Fiscal **2025**

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL Nº 5000

NOM NIVEL

Fecha de Expedición: 03 junio 2025 **Prórrogas:** 0

Fecha de Vencimiento: 31 diciembre 2025

Solicitante: SALUD SS-PSS-DP-2231 / Viabilidad 4702

Objeto: SERVICIOS PROFESIONALES PARA IMPLEMENTAR EL PROGRAMA DE EDUCACION A LA COMUNIDAD EN FORMACION DE PRIMER RESPONDIENTE EN EL MUNICIPIO DE ARMENIA

IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL		
Código	**Descripción**	**Valor**
Gastos-Inversion		
11604 - 2.3.2.02.02.009.1906022.042 - 012	GESTION DE EMERGENCIAS MEDICAS **Recurso Propio-Destinación Especifica** RENTAS CEDIDAS	$ 10.500.000,00
	TOTAL CERTIFICADO	$ 10.500.000,00

GERMAN ALONSO GOMEZ CASTRILLON
Lider de presupuesto

Elaboró

GC3
Revisó

COLONIAM

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
2025-04	2025-04	1477327440	9485103165	I	2025/05/13	2025/05/13	BANCO DAVIVIENDA	0	$441,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO						PENSION		SALUD			CCF			RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	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

2025/05/13 07:37 AM

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	7410685	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-04	2025-04	1477327440	9485103165	I	2025/05/13	2025/05/13	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

2025/05/13 07:37 AM

Powered by CamScanner

DAVIVIENDA

Pago PSE

Resultado de su transacción

Código único CUS
1536049120

Destino de pago
APORTES EN LINEA

Motivo
Pago de la Planilla de aportes con clave: 9486565094

Fecha
06/06/2025

Número de aprobación
00049120

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

10/06/2025 Armenia, Quindío

Señores
Secretaria de Hacienda Municipal
Área Contabilidad
Municipio de Armenia

Asunto: Compromiso de Pago Seguridad Social

Contrato de prestación de servicios: N° 2025-1602

Dependencia: Secretaria de Salud

Yo, **MILTON CESAR GOMEZ SANCHEZ ,** identificado con cedula de ciudadanía N° **89.005.849** de Armenia Quindío , en virtud del contrato de prestación de servicios de apoyo a la gestión, N° **2025-1602** suscrito con el municipio de armenia, con fecha de finalización **10 de Junio del 2025**, y que tiene como supervisora a la Dra. **CLAUDIA ROMERO ARANGO** identificado con cedula de ciudadanía N° **51.839.349** de Bogotá Cundinamarca Como lo establecido en el decreto 1273 de 2018, manifiesta que llegamos al compromiso de pago de los aportes de seguridad social correspondientes al mes de JUNIO 2025, serán cancelados al mes siguiente según corresponda al vencimiento.

Atentamente;

CLAUDIA ROMERO ARANGO
CC. 51.839.349 Bogotá
Supervisora

MILTON CESAR GOMEZ SANCHEZ
CC. 89.005.849 Armenia
Contratista

Powered by CamScanner