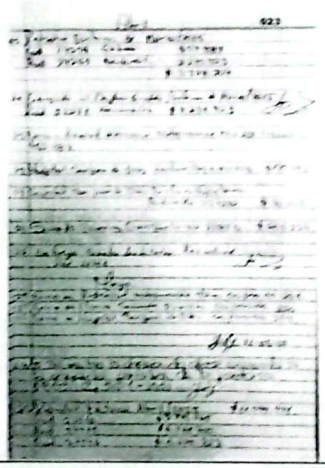
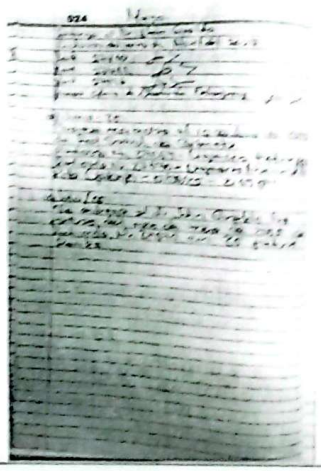
Contrato No.	2025 1169		
Objeto	SERVICIOS PROFESIONALES PARA REALIZAR AUDITORIA A LAS CUENTAS DE COBROS PRESENTADAS POR LAS DIFERENTES I P S POR ATENCION DE URGENCIAS DE BAJA COMPLEJIDAD A LA POBLACION POBRE NO AFILIADA A UNA EPS DEL MUNICIPIO DE ARMENIA.		
Valor total	$ 3 300.000	**Reg. Presupuestal No.** **Reg. Presupuestal No. Adición**	2025 1717 2025 4708
Contratista	FRANCELID RAMIREZ BERNATE		
Supervisor	CLAUDIA ROMERO ARANGO		
Fecha de Inicio	FEBRERO 14 DEL 2025		
Fecha de terminación	JUNIO 27 DEL 2025		
Plazo de Ejecución	4 (cuatro) meses y (15) quince días		
Forma de Pago	cuatro (4) pagos iguales mensuales vencidos por valor de tres millones trescientos mil pesos M/cte. (3.300.000), y un último pago por valor de un millón seiscientos cincuenta mil pesos M/cte. (1.650.000) previa verificación del pago de seguridad social y entrega a satisfacción del informe de actividades realizadas.		

FECHA DEL ACTA PARCIAL	**Año**	**Mes**	**Día**
	2025	06	16

En la ciudad de Armenia Q., en la fecha antes indicada contratista y supervisor suscriben la presente Acta Parcial No. 4 del contrato antes identificado y autorizar su correspondiente pago

Periodo informado	Del 14 DE MAYO DEL 2025 al 13 DE JUNIO DEL 2025
Actividades Desarrolladas	**OBLIGACIOAYONES ESPECIFICAS:** **2.2.1**. Apoyar en la radicación de la facturación por prestación de servicios de salud allegada a la secretaria de Salud Municipal para ser remitida a la oficina de Seguridad Social en Salud. RADICADOS EN EL LIBRO CUENTAS MEDICAS, recibidos desde el 14 de MAYO AL 13 DE JUNIO DEL 2025 Esta actividad se realizó con facturas de REDSALUD, de pacientes atendidos en el mes de MAYO DEL 2025 radicadas en libro desde el despacho y entregadas al área de Aseguramiento, donde se radican, se revisan y se pasan a auditoria  

Powered by CamScanner



FACTURA REDSALUD
Facturas ABRIL del 2025

RAD 27410	$3.399.065
RAD 27411	$6.498.700
RAD 27496	$1.675.727
TOTAL	$11.599.934

FACTURAS REDSALUD
Facturas MAYO del 2025

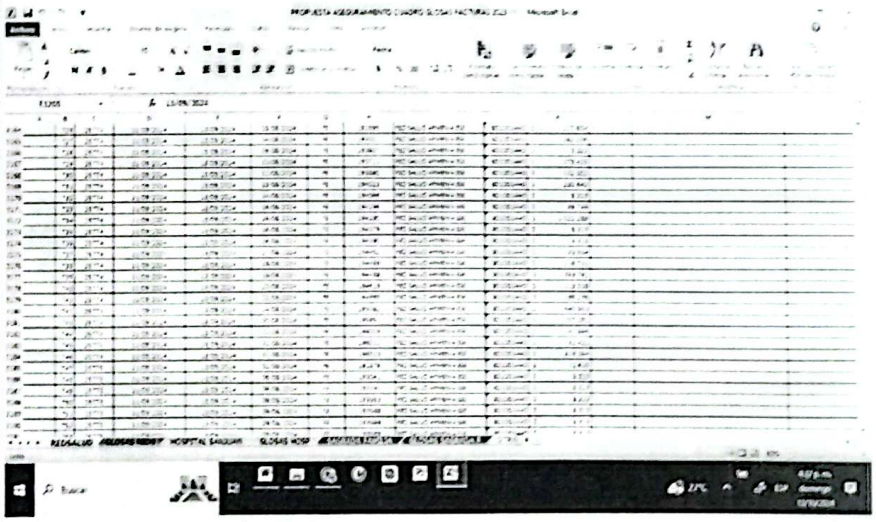
RAD 27669	$ 627.963
RAD 27670	$ 9.125.046

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

Se registran en el libro de radicados del punto 1, desde el momento que llegan al área del despacho de la Secretaria de Salud Registrando fecha de recibido todas las facturas de REDSALUD radicadas en el mes de JUNIO del 2025

En el Archivo de Excel PROPUESTA DE ASEGURAMIENTO se encuentran las facturas que se recibieron desde el 14 DE MAYO DEL 2025, todas las notificaciones que se hicieron en el periodo y las respuestas u objeciones a las mismas.

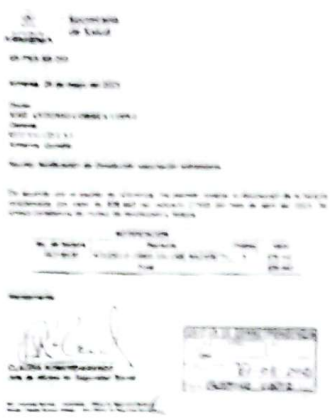
Se registran en el libro de radicados los envíos al área de financiera para tramitar el pago



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

Powered by CamScanner

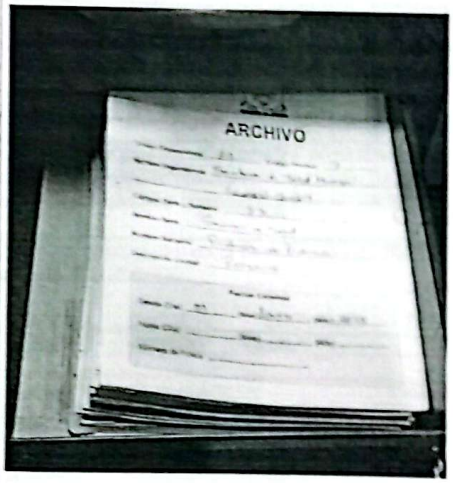
NOTIFICACION DEV VACUNAS MAYO-26-2025 REDSALUD **SS-PSS-SS-255** **$26 442**

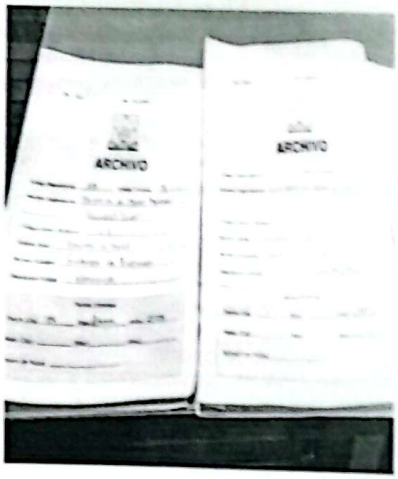


Se escanean, se envian fisicas y por correo electrónico, se archivan en PDF en la carpeta de Aseguramiento y en carpeta física de cada entidad. Se registran las notificaciones en el libro de Excel PROPUESTA DE ASEGURAMIENTO

2.2.4 Apoyar y mantener actualizado el archivo de los documentos generados de su actvidad 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 contenen recibidos de facturas, notificaciones de glosas recibidas, oficios de autorizacion de pagos, del 2025 Los documentos permanecen debidamente ordenados, legajados en archivador del Área de Aseguramiento, para al finalizar enviarlos al archivo, en cajas debidamente rotuladas indicando nombre del contenido, Institución o I P S, numero de facturas y año de los servicios prestados.





2.2.5 Brindar apoyo en la elaboración de informe mensual de glosas, envios y respuestas de las mismas.

El informe se pasa constantemente cada vez que se envian notificaciones, se va actualizando tanto de glosas como devoluciones y cuando se reciben las respuestas u objeciones, todo esto se encuentran en el libro de Excel llamado PROPUESTA DE ASEGURAMIENTO

Powered by CamScanner

	Los recibidos en físico se encuentran en las carpetas destinadas para cada I P S ubicada en el archivo del escritorio y el informe PROPUESTA DE ASEGURAMIENTO del archivo en Excel se encuentra en el correo gmail de la oficina de aseguramiento de la secretaria de Salud, en la carpeta de cuentas médicas. jefeoficinaseguridadsocial@armenia.gov.co
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 33%

ESTADO DE CUENTA	
Valor Contrato	**$14.850.000**
Valor Acta No 1	$3 300 000
Valor Acta No 2	$3 300 000
Valor Acta No 3	$3 300 000
Valor Acta No 4	$3 300 000
Valor a pagar en la presente Acta No.4	**$3.300.000**
Saldo	**$1.650.000**

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**	$3 300 000
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.	ASOPAGOS	**Valor total del aporte**	$413 300
Recibo No.	**33701369**	**Salud**	$178 000
Periodo cotizado	**De: 1 DE MAYO**	**Pensión**	$227 800
	Hasta: 30 DE MAYO	**ARP**	$7 500

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

OBSERVACIONES:		
Firma	Francelid Ramirez B.	
Nombre	**FRANCELID RAMIREZ BERNATE**	**CLAUDIA ROMERO ARANGO**
	Contratista	**Supervisora**

Powered by CamScanner

	CERTIFICADO DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR PARA PAGOS DE CONTRATISTAS Secretaria de Hacienda Municipal Proceso 14. Gestión Financiera y Fiscal	Código: R-SH-PGF-003 Fecha: 17/01/2025 Versión: 003 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
16 / 6 / 2025	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 : 41914659

CLASE O TIPO DE CONTRATO: PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES **NO. DEL CONTRATO: 20251169**

FECHA DEL ACTA DE INICIO: 14 DE FEBRERO DEL 2025 **FECHA DE TERMINACION: 27 DE JUNIO DEL 2025**

CDP: *1817* **RP:** *1717* **Código (Rubro Presupuestal):** 11604 2.3.2.02.02.009.1903041.044.91122.012
CDP Adición: 4128 **RP Adición:**4708 **Adición Código (Rubro Presupuestal):** 11604 2.3.2.02.02.009.1903041.044.012

VALOR TOTAL: $ 14.850.000 **ENTIDAD BANCARIA:** *DAVIVIENDA*

VALOR AUTORIZADO PARA EL PAGO: $3.300.000 **CUENTA No:** *0550 136600184560*

SALDO RESTANTE: *$1.650.000*

FORMA DE PAGO: cuatro pagos iguales mensuales vencidos por valor de ($3.300.000) tres millones trescientos mil pesos y un último pago equivalente a quince días por valor de (1.650.000) 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 el control

PERIODO A PAGAR: *MAYO 14 A JUNIO 13 DEL 2025*

No. Planilla de aportes: **33701369**	SOPORTES:
Pago de Pensión MAYO : $ 227.800	1. Informe del contratista: # de folios 5 2. Informe del supervisor y/o interventor: # de folios 1 3. Autorización descuento de estampillas 4. Carta retención en la fuente 5. Otros: planilla de pago seguridad Social y recibo de pago
Pago de Salud MAYO : $ 178.000	
ARL MAYO : $ 7.500	

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 100% 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: $ 3.300.000

QUE CORRESPONDE A: ANTICIPO ___ PRIMERO___ SEGUNDO__ TERCERO___ CUARTO_X__ 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

	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, 16 de junio del 2025

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. 16 de junio de 2025

Señores
Secretaria de Hacienda Municipal
Área Contabilidad
Alcaldía de Armenia

Asunto: Retención en la fuente Contrato de prestación de (Servicios profesionales o de apoyo a la gestión) No 2025 -1169

NOMBRE COMPLETO:	FRANCELID RAMIREZ
IDENTIFICACION:	CC 41914659
CONTRATO No.	*N°2025-1169*
VALOR DEL CONTRATO:	$14 850 000
VALOR PRESENTE PAGO:	$ 3 300 000

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_X__ NO___**, 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 _X__ NO__ _** 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 si 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,

Firma Francelid Ramirez B.
Nombre FRANCELID RAMIREZ BERNATE
Documento Identidad 41914659
Correo electrónico: francelidramirez@hotmail.com

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	2025-06-11
FECHA LÍMITE DE PAGO	2025-06-16
FECHA DE PAGO	2025-06-09
ENTIDAD DE PAGO	BANCO DAVIVIENDA
PERÍODO PENSIÓN	2025-05
PERÍODO SALUD	2025-05
NÚMERO PLANILLA	33701369
TOTAL COTIZANTES	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN)	33701369
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	$ 1.423.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 178.000	$ 178.000
25-14	900336004	COLPENSIONES	1	$ 1.423.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 227.800	$ 227.800
14-23	860011153	POSITIVA	1	$ 1.423.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 7.500	$ 7.500
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 0	$ 413.300	$ 413.300

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES 14/07/2025

Powered by CamScanner

Outlook

PSE - Transacción Aprobada ✉ CUS 1541208866

Desde serviciopse@achcolombia.com.co <serviciopse@achcolombia.com.co>
Fecha Lun 9/06/2025 11:18 AM
Para francelidramirez@hotmail.com <francelidramirez@hotmail.com>

¡Hola, Francelid Ramirez Bernate!

Estado de la Transacción: Aprobada

Los siguientes son los datos de tu transacción:

Valor: $ 413,300
Empresa: ASOPAGOS
Descripción: Pago de seguridad Social Integrado
Fecha de la transacción: 09/06/2025
CUS: 1541208866

Gracias por utilizar nuestro servicio.



Ten encuenta estos tips de seguridad:

- Usa dispositivos personales o de confianza para realizar tus pagos.
- No abras enlaces sospechosos.
- Cambia tus contraseñas con regularidad.
- Digita manualmente la URL del portal de tu entidad financiera.
- Recuerda que PSE nunca te contactará para solicitarte información personal.

Powered by CamScanner

GOBIERNO DEL QUINDÍO | Recaudo de Estampillas

RECIBO OFICIAL DE PAGO ELECTRÓNICO

Fecha de Expedición 2025/06/16 **Fecha Limite de Pago** 2025/06/24 **Recibo Nº** 8352500089876

Trámite CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONA NATURAL

PRO HOSPITAL $ 66.000

Total a Pagar $ 66.000

Con destino a: **Alcaldía de Armenia**

Contribuyente

Tipo de Doc. CC
Número 41914659
Nombre FRANCELID RAMIREZ BERNATE
Teléfono

(415)0000000024605(8020)083525000089876(3900)000000000066000(96)20250624

VALOR BASE	$ 3.300.000
VALOR TOTAL CONTRATO	$ 9.900.000
VALOR ORDEN DE PAGO	$ 3.300.000
FECHA CONTRATO	14/02/2025
NRO. CONTRATO	1169
NUMERO ORDEN DE PAGO	4

Contribuyente

Formato RE.OP-16L 17/12/2024 V 0.0

GOBIERNO DEL QUINDÍO | Recaudo de Estampillas

Recibo Nº 8352500089876

Fecha de Expedición 2025/06/16 **Fecha Limite de Pago** 2025/06/24

Trámite CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONA NATURAL

PRO HOSPITAL $ 66.000

Total a Pagar $ 66.000

Con destino a: **Alcaldía de Armenia**

Contribuyente

Tipo de Doc. CC
Número 41914659
Nombre FRANCELID RAMIREZ BERNATE
Teléfono

(415)0000000024605(8020)083525000089876(3900)000000000066000(96)20250624

VALOR BASE	$ 3.300.000
VALOR TOTAL CONTRATO	$ 9.900.000
VALOR ORDEN DE PAGO	$ 3.300.000
FECHA CONTRATO	14/02/2025
NRO. CONTRATO	1169
NUMERO ORDEN DE PAGO	4

Soporte trámite

Formato RE.OP-16L 17/12/2024 V 0.0

GOBIERNO DEL QUINDÍO | Recaudo de Estampillas

Recibo Nº 8352500089876

Fecha de Expedición 2025/06/16 **Fecha Limite de Pago** 2025/06/24

Trámite CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONA NATURAL

PRO HOSPITAL $ 66.000

Total a Pagar $ 66.000

Con destino a: **Alcaldía de Armenia**

Contribuyente

Tipo de Doc. CC
Número 41914659
Nombre FRANCELID RAMIREZ BERNATE
Teléfono

(415)0000000024605(8020)083525000089876(3900)000000000066000(96)20250624

VALOR BASE	$ 3.300.000
VALOR TOTAL CONTRATO	$ 9.900.000
VALOR ORDEN DE PAGO	$ 3.300.000
FECHA CONTRATO	14/02/2025
NRO. CONTRATO	1169
NUMERO ORDEN DE PAGO	4

Soporte Entidad

Formato RE.OP-16L 17/12/2024 V 0.0

Powered by CamScanner