| | CERTIFICADO DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR PARA PAGOS DE HONORARIOS DE CONTRATISTAS<br>Departamento Administrativo de Hacienda<br>Proceso Gestión Financiera | Código: R-DH-PGF-005<br>Fecha: 29/01/2014<br>Versión: 003<br>Página 1 de 1 |
|---|---|---|

## CERTIFICADO DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR PARA PAGOS DE HONORARIOS DE CONTRATISTAS

### I. INFORMACION BASICA

| DIA MES AÑO | NOMBRE DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR | DEPENDENCIA |
|---|---|---|
| 21/12/2020 | CESAR AGUSTO VALENCIA RODRIGUEZ | 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: 20203887

FECHA DEL ACTA DE INICIO: NOVIEMBRE 6 DE 2020 FECHA DE TERMINACION: DICIEMBRE 21 DE 2020

CDP: 20204455 - RP: 20207107 Código (Rubro Presupuestal): 11604.8150219022022. 0011036

VALOR TOTAL: $4.947.000 ENTIDAD BANCARIA: DAVIVIENDA

VALOR AUTORIZADO PARA EL PAGO: $ 1,493.333 CUENTA No: 0550136600184560

SALDO RESTANTE: $653.667 A FAVOR DEL MUNICIPIO

FORMA DE PAGO: Un Último pago proporcional al tiempo que se preste el servicio, 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: *Diciembre 06 – diciembre 21 DE 2020*

Nro. Planilla de aportes seguridad social Noviembre: 8610625048

| | |
|---|---|
| Pago de Pensión Noviembre: $ 149.400 | 1. Carta de Compromiso de Pago: 1 folio<br>2. Informe del contratista: 2 folios<br>3. Informe del supervisor y/o interventor: 1 folio<br>4. Otros: CD: (1) Evidencia<br>Autorización descuento de estampillas: 1 Folio<br>Carta de retención: 1 Folio<br>Seguridad Social: noviembre 2020 – (02) Folios<br>Certificado SECOP: Dos (02) Folios |
| Pago de Salud Noviembre: $ 116.700 | |
| ARP Noviembre: $ 4.900 | |

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: 1.493.333

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".

*CESAR AUGUSTO VALENCIA RODRIGUEZ*
*FIRMA DEL SUPERVISOR*

**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.**

V/B Secretario de Despacho o Director



Escaneado con CamScanner

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Contrato No.** | 2020-3887 | | |
| **Objeto** | Contrato de prestación de servicios profesionales para acompañar el proceso financiero y presupuestal, el control fiscal sobre la gestión eficiente, la destinación y uso de los recursos públicos con que cuenta la secretaria de salud y el fondo local de salud del municipio de Armenia, así como la presentación en debida forma de la información que se produzca en los respectivos procesos. | | |
| **Valor total** | $ **4.947.000** | **Reg. Presupuestal No.** | **20207107** |
| **Contratista** | FRANCELID RAMIREZ BERNATE | | |
| **Supervisor** | CESAR AUGUSTO VALENCIA RODRIGUEZ | | |
| **Fecha de Inicio** | 06 DE NOVIEMBRE DE 2020 | | |
| **Fecha de terminación** | 21 DE DICIEMBRE DE 2020 | | |
| **Plazo de Ejecución** | HASTA EL 21 DE DICIEMBRE | | |
| **Forma de Pago** | Un último pago proporcional al tiempo que se preste el servicio, 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** | **Año** | **Mes** | **Día** |
|---|---|---|---|
| | 2020 | 12 | 21 |

En la ciudad de Armenia Q., en la fecha antes indicada contratista y supervisor suscriben la presente Acta Parcial No. __2 del contrato antes identificado y autorizar su correspondiente pago.

| | |
|---|---|
| **Periodo informado** | Del 06 de diciembre al 21 de diciembre de 2020 |
| **Actividades Desarrolladas** | 1) **Administrar, conservar y entregar archivos documentales, aplicando la ley 594 del 2000 (Ley General de Archivo) y responder por su buen estado de conservación.**<br><br>2) **Recibir, seleccionar, revisar y archivar facturas de toda la información documental suministrada por el área financiera. Organizar, legajando los documentos de acuerdo a la ley (foliar, marcar, relacionar)**<br><br>3) **Se apoyaron actividades correspondientes a la elaboración de las carpetas, impresión de formatos y todas las actividades relacionadas con la impresión de documentos (facturas) para posteriormente ser anexados donde correspondan ordenadamente, con vigencia del 2020.**<br><br>4) **Se elaboró el control documental de facturas recibidas para pago por REDSALUD del mes de febrero del 2020 e identificando su numeración ordenada según el sistema.**<br><br>5) **Apoyar todos los requerimientos del área de archivo de la Secretaria de Salud, para contribuir al mejoramiento de los procesos y permitiendo una labor eficiente y de calidad en el momento de requerir la información ágil y oportuna.** |
| **Evidencias de la ejecución del contrato** | Los soportes respectivos reposan en el archivo de la Secretaría de Salud Municipal y en el CD adjunto. |



Escaneado con CamScanner

| ESTADO DE CUENTA | | | |
|---|---|---|---|
| Valor Contrato | $ 4.947.000 | | |
| Anticipo (Si lo hay) | | | |
| Valor Acta No 1 | $ 2.800.000 | | |
| Valor Acta No 2 | $ 1.493.333 | | |
| Valor a pagar en la presente Acta No. 1 | $ | | |
| Valor a pagar en la presente Acta No. 2 | $ 1.493.333 | | |
| Saldo (Valor a favor del municipio) | $ 653.667 | | |
| **APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL** | | | |
| Entidad en donde se realiza el pago. | ASOPAGOS | Valor total del aporte | $271.000 |
| Recibo No. | 8610625048 | Salud | $116.700 |
| Periodo cotizado | De: Noviembre 06 de 2020 | Pensión | $149.400 |
| | Hasta: Noviembre 30 de 2020 | ARP | $4.900 |
| **ANEXOS:** | | | *Marque con x* |
| Recibo de pago de seguridad social de Noviembre de 2020 | | | X |
| Copia planillas de aporte | | | X |
| Otros | | | |
| OBSERVACIONES: | | | |
| Firma | Francelid Ramirez Bernate | | |
| Nombre | Francelid Ramirez Bernate | | Cesar Augusto Valencia Rodríguez |
| | Contratista | | Supervisor |






Escaneado con CamScanner

| | AUTORIZACIÓN DESCUENTO DE ESTAMPILLAS | Código: R-DH-PGF-010 |
|---|---|---|
| | | Fecha: 01/11/2013 |
| | Departamento Administrativo de Hacienda<br>Proceso Gestión Financiera | Versión: 001 |
| | | Página: 1 de 1 |

Armenia, diciembre 21 de 2020

Señores
Departamento Administrativo de Hacienda
Municipio de Armenia

Asunto: Autorización Descuento de Estampillas

Nombre y Apellido: Francelid Ramirez Bernate Cédula: 41.914.659

Dirección: **Carrera 13 Nro. 54-27 Barrio la Castilla** Teléfono: **3184353487**

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 Bernate

Francelid Ramirez Bernate
c.c. 41.914.659

Escaneado con CamScanner

Armenia, diciembre 21 de 2020

Señores
Departamento Administrativo de Hacienda
Área Contabilidad
Municipio de Armenia

Asunto: Retención en la fuente Contrato de Prestación de Servicios **N°2020-3887**

Yo, FRANCELID RAMIREZ BERNATE, identificado con cedula de ciudadanía Numero 41.914.659 de Armenia Quindío, en virtud del contrato de prestación de servicios profesionales No **2020-3887** de 2020 por un valor total de **($4.947.000),** en el cual se establece el pago por el valor de **($1.493.333)** Pesos m/cte. Por el periodo comprendido entre el **6 de diciembre al 21 de diciembre de 2020**, 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 2019 Si x No ___ soy declarante a título de renta.

Cordialmente;

Francelid Ramirez Bernate
FRANCELID RAMIREZ BERNATE
7.557.105 de Armenia

Escaneado con CamScanner

ASOPAGOS s.a.

| | |
|---|---|
| RAZON SOCIAL : | FRANCELID RAMIREZ |
| IDENTIFICACION: | CC-41914659 |
| COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | 0 |
| NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | |
| FECHA GENERACION REPORTE: | 2020-12-07 |
| FECHA LIMITE DE PAGO: | 2020-12-15 |
| FECHA DE PAGO: | 2020-12-07 |
| ENTIDAD DE PAGO: | BANCO AV VILLAS |
| PERIODO PENSION: | 2020-11 |
| PERIODO SALUD: | 2020-11 |
| NUMERO PLANILLA: | 8610625048 |
| TOTAL COTIZANTES: | 1 |
| REFERENCIA DE PAGO (PIN): | 8610625048 |
| TIPO DE PLANILLA: | I |

| CODIGO ENTIDAD | NIT | NOMBRE | NUMERO AFILIADOS | IBC | FONDO SOLIDARIDAD | FONDO SUBSISTENCIA | TOTAL INTERESES | VALOR PAGAR SIN INTERESES | VALOR PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS002 | 800130907 | SALUD TOTAL | 1 | $ 933.334 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 116.700 | $ 116.700 |
| 25-14 | 900336004 | COLPENSIONES | 1 | $ 933.334 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 149.400 | $ 149.400 |
| 14-23 | 860011153 | POSITIVA | 1 | $ 933.334 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 4.900 | $ 4.900 |
| | | | | Total a pagar | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 271.000 | $ 271.000 |

| | |
|---|---|
| FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES: | 16/01/2020 |

Escaneado con CamScanner

DIC 05 2020 11:10:53 REMDES 8.51
CORRESPONSAL
SUPER BONANZA ROKE
MZA 1 CASA 20 BRR PINAR

BANCO AV VILLAS

C.UNICO: 0015587777
MAESTRO
**7221
RECIBO: 004715
TER: 9996Z882
Co
RRN: 007589
APRO: 009247
RECAUDO

SERVICIO: 0000001139
FACTURA: 0000000008610625048
** PAGO FACTURA **
TRANSACCION EXITOSA

RECAUDO $ 271.000

FECHA PLANILLA: 2020/11
VALOR PLANILLA: $ 271.000
VALOR COMISION: $ 0
VALOR IVA: $ 0
PAGO APLICADO EN MM/DD: 00/00
*** CLIENTE ***
MAYOR INFORMACION EN LA LINEA

DIC 05 2020 - 11:11:55
CORRESPONSAL
SUPER BONANZA ROKE
MZA 1 CASA 20 BRR PINAR
BANCO AV VILLAS

SERVICIO: 0000001139
FACTURA: 0000000008610625048
VALOR: $ 271.000

TOTAL: $ 271.000

Escaneado con CamScanner

Armenia. Diciembre de 2020

Supervisor.

Cesar Augusto Valencia Rodriguez

Contrato Prestación de Servicios Profesionales,
No 2020-3887
Dependencia. Financiera-Salud.

ASUNTO: Compromiso Pago de Seguridad Social.

Yo Francelid Ramirez Bernate. identificado Con Cedula de Ciudadanía N° 41.914.659 de Armenia., en virtud del contrato de prestación de servicios Profesionales, N° 20203887 de 2020 suscrito con el municipio de Armenia, con la secretaria o Departamento de Financiera - Salud., como lo establece el Decreto 1273 de 2019, los aportes a seguridad social correspondientes al mes de diciembre serán cancelados en el mes siguiente según corresponda el vencimiento.

Cordialmente.

Francelid Ramirez B.

Contratista

C.C 41.914.659.

Escaneado con CamScanner