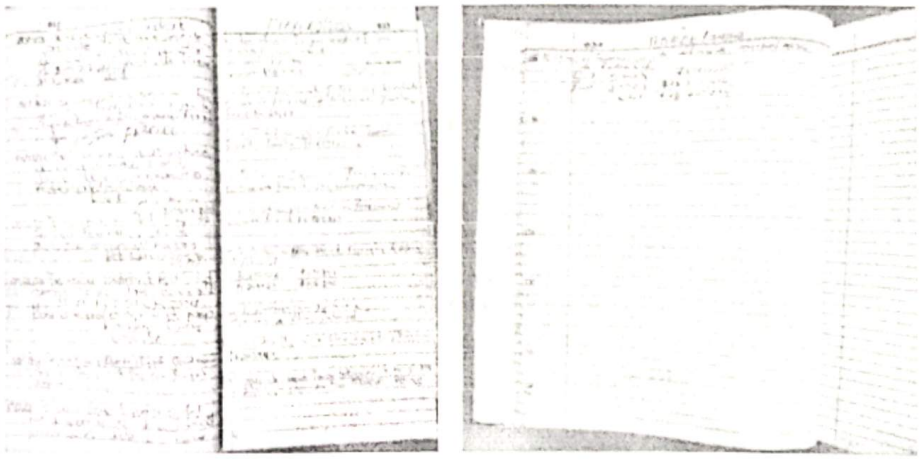
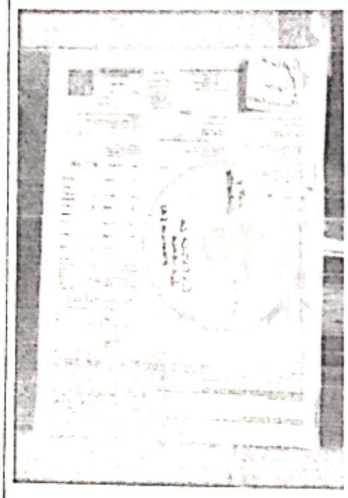
Contrato No.	8907116		
Objeto	SERVICIOS PROFESIONALES PARA REALIZAR AUDITORIA A LAS CUENTAS DE COBROS PRESENTADAS POR LAS DIFERENTES I.P.S. POR ATENCION DE URGENCIAS DE BAJA COMPLEJIDAD A LA POBLACION POBRE NO AFILIADA A UNA EPS DEL MUNICIPIO DE ARMENIA.		
Valor total	$13.200.000	**Reg. Presupuestal No.**	01065
Contratista	FRANCELID RAMIREZ BERNATE		
Supervisor	CLAUDIA ROMERO ARANGO		
Fecha de Inicio	16 DE ENERO DEL 2026		
Fecha de terminación	15 DE MAYO DEL 2026		
Plazo de Ejecución	4 (cuatro) meses		
Forma de Pago	cuatro (4) 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**
	2026	04	20

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 16 DE MARZO DEL 2026 al 15 DE ABRIL DEL 2026
Actividades Desarrolladas	**OBLIGACIONES 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. Esta actividad se realizó con facturas de REDSALUD y LA SAGRADA FAMILIA de pacientes atendidos en el mes de MARZO DEL 2026 radicadas desde el despacho y entregadas al área de Aseguramiento, donde se radican, se revisan y se pasan a auditoria. RADICACION DE FACTURAS EN LIBRO DIARIO, REDSALUD, SAGRADA FAMILIA, TRAMITES DE GLOSAS Y DEVOLUCIONES 

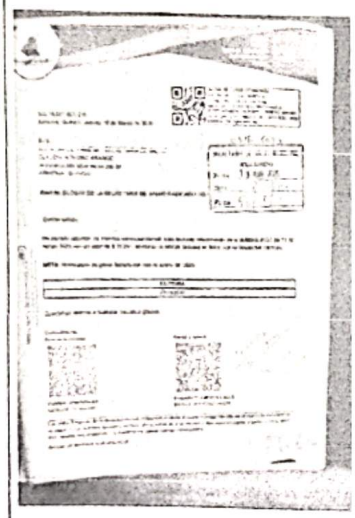
Powered by CamScanner



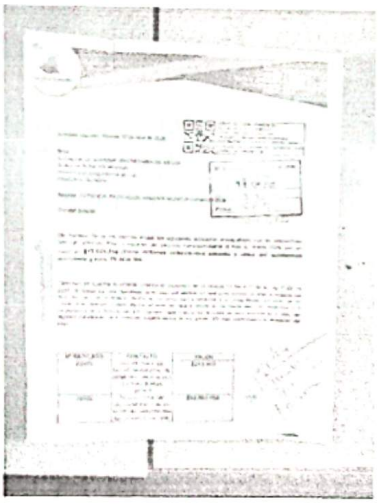
FACTURAS SAGRADA FAMILIA



TRAMITE DE DEVOLUCION REDSALUD



TRAMITE DE GLOSA REDSALUD



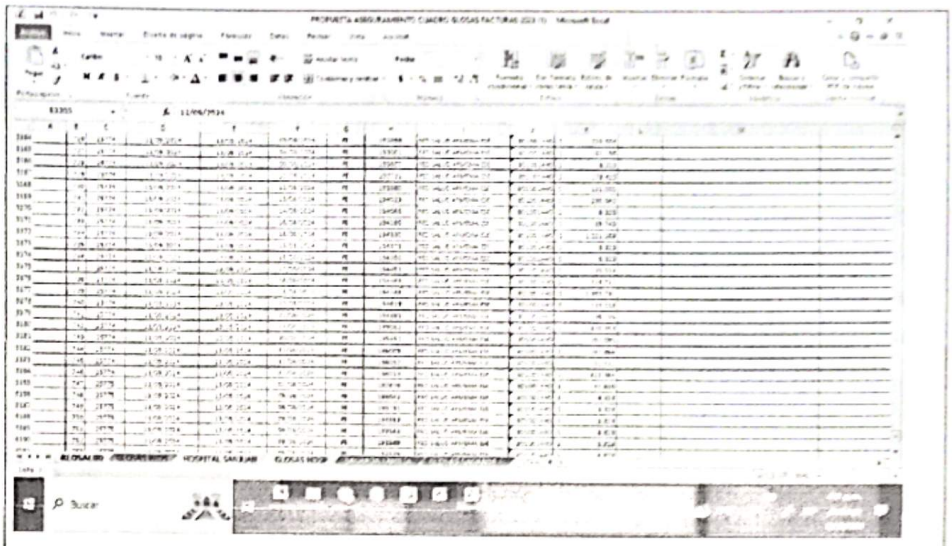
FACTURAS REDSALUD MES DE MARZO

FACTURAS LISTAS PARA AUDITORIA REDSALUD MES DE MARZO

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 envia al área financiera para tramitar el pago
SE CONSOLIDAN EN ARCHIVO EXCEL todas las facturas del mes de MARZO del 2026

Archivo PROPUESTA DE ASEGURAMIENTO se encuentran las facturas que se recibieron en el periodo que va desde el 16 marzo al 15 de abril del 2026

Powered by CamScanner



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 y devoluciones de las diferentes I.P.S.

NOTIFICACION GLOSAS
LA SAGRADA FAMILIA SS-PSS-SS-154 18-03-2026

NOTIFICACION GLOSAS
LA SAGRADA FAMILIA SS-PSS-SS-198 26-03-2026

NOTIFICACION GLOSAS
LA SAGRADA FAMILIA SS-PSS-SS-233 14-04-2026

NOTIFICACION GLOSAS
REDSALUD SS-PSS-SS-215 07-04-2026

NOTIFICACION GLOSAS
REDSALUD SS-PSS-SS-216 07-04-2026

NOTIFICACION DEVOLUCION FACTURAS
REDSALUD SS-PSS-SS-176 DEL 17 DE MARZO DEL 2026 RAD 29693 Y 29694



SS-PSS-SS-154

Armenia 18 de marzo del 2026

Doctora
ERIKA LILIANA PRADA GUTIÉRREZ
Gerente IPS
Clínica la Segrada Familia
Armenia Quindío

Asunto Notificación glosa

De acuerdo con el oficio No. SS-PSS-SS-034 del 30 de enero de 2026 me permito realizar la ratificación de glosa de la factura relacionada por valor de $103.300 con numero de orden 24631 perteneciente al mes de octubre del 2025 y fue radicada por el despacho de la Secretaria el 25 de noviembre de 2025, se anexa comunicado con motivo de glosa e historia clínica

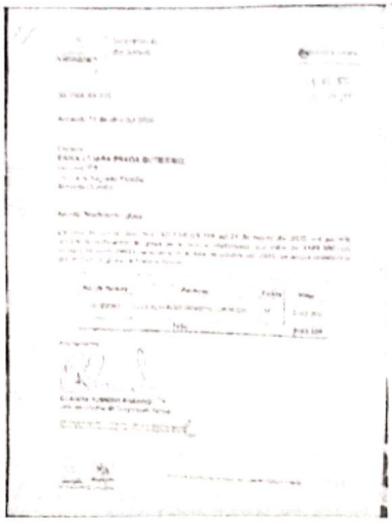
No. de Factura	Paciente	Folios	Valor
FE556351	LUIS ALFONSO ROMERO GIRALDA	10	$103.300
	Total		$103.300

Atentamente

CLAUDIA ROMERO ARANGO
Jefe de Oficina de Seguridad Social



Powered by CamScanner

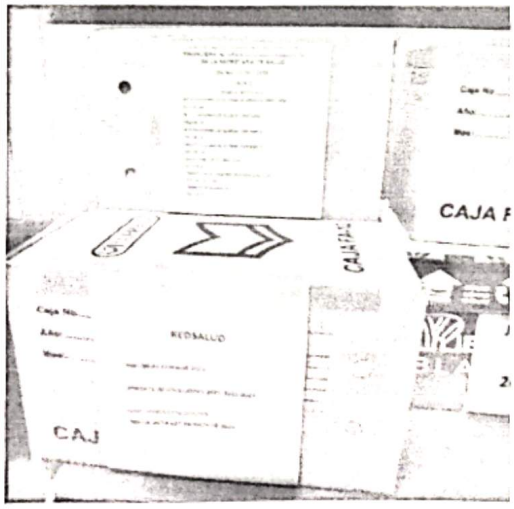


Se escanean, se envían físicas y por correo electrónico, se archivan en PDF en la carpeta de Aseguramiento y en carpeta física de cada entidad. Se registran las notificaciones en el libro de Excel

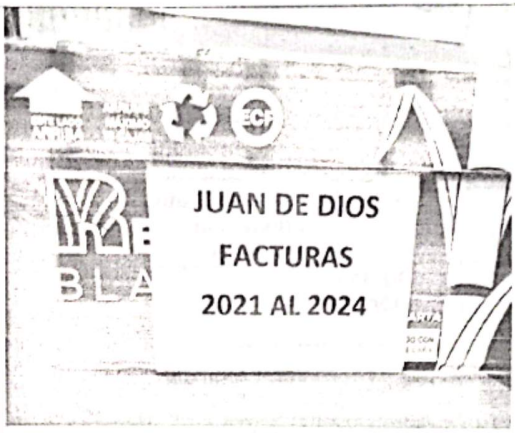
2.2.4. Apoyar y mantener actualizado el archivo de los documentos generados de su actividad contractual y de los que se generen en la Oficina de Seguridad Social en Salud en relación a las facturas allegadas por cada I.P.S.

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, del 2026 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. número de facturas y año de los servicios prestados.

Los radicados recibidos de facturas, notificaciones, devoluciones, tamites de glosas del periodo permancen debidamente orfenados y legajados en las carpetas del 2026, ubicadas en e

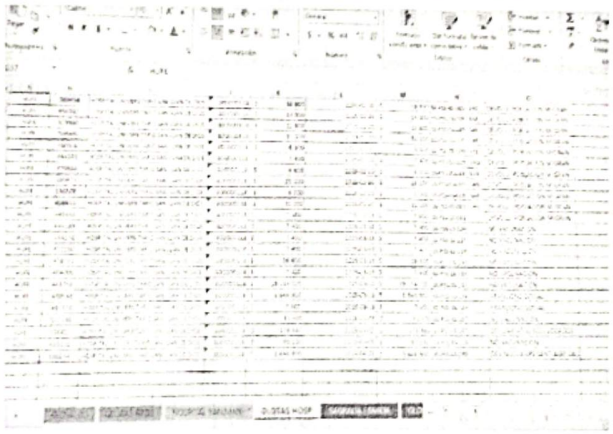


Powered by CamScanner



2.2.5. Brindar apoyo en la elaboración de informe mensual de glosas, envíos y respuestas de las mismas.
El informe de facturación, glosas y notificaciones que se generan inmediatamente se pasan al archivo de Excel, se registran y luego a la carpeta de CUENTAS MEDICAS ubicada en el correo Gmail de la oficina de aseguramiento de la secretaria de Salud

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 75%

ESTADO DE CUENTA	
Valor Contrato	**$13.200.000**
Anticipo	0
Valor Acta No 1	$3.300.000
Valor Acta No 2	**$3.300.000**
Valor Acta No 3	$3.300.300
Valor Acta No 4	0
Valor a pagar en la presente Acta No.3	**$3.300.000**

Powered by CamScanner

Saldo	**$3.300.000**		
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)		$1.750.905	
Entidad en donde se realiza el pago.	ASOPAGOS	**Valor total del aporte**	$543.400
Recibo No.	**37114877**	**Salud**	$219.500
Periodo cotizado	**De: 01 DE MARZO**	**Pensión**	$281.000
	Hasta: 31 DE MARZO	**ARL**	$42.900

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

OBSERVACIONES:

Firma	Francelid Ramirez Bernate	
Nombre	**FRANCELID RAMIREZ BERNATE**	**CLAUDIA ROMERO ARANGO**
	Contratista	**Supervisora**

Powered by CamScanner

CERTIFICADO DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR PARA PAGOS DE CONTRATISTAS

I. INFORMACION BASICA

DIA MES AÑO	NOMBRE DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR	DEPENDENCIA
20 / 04 / 2026	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: **8907116**

FECHA DEL ACTA DE INICIO: **16 DE ENERO DEL 2026** FECHA DE TERMINACION: **15 DE MAYO DEL 2026**

CDP: *01451* RP: *01065* Código (Rubro Presupuestal): 11604 2.3.2.02.02.009.1903041.044-012

VALOR TOTAL: $13.200.000 ENTIDAD BANCARIA: *DAVIVIENDA*

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

SALDO RESTANTE: *$3.300.000*

FORMA DE PAGO: **cuatro (4) pagos iguales por valor de TRES MILLONES TRESCIENTOS MIL PESOS MONEDA CORRIENTE ($3.300.000 M/cte.), previa verificación del pago de 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: ***MARZO 16 A ABRIL 15 DEL 2026***

No. Planilla de aportes: 37114877	SOPORTES: 1. Informe del contratista: # de folios 3 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, CD con evidencias
Pago de Pensión MARZO: $281.000	
Pago de Salud MARZO: $219.500	
ARL MARZO: $42.900	

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 75% 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_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

	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, 20 de abril del 2026

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 Bernate
FRANCELID RAMIREZ BERNATE
C.C 41.914.659

Powered by CamScanner

Armenia, 20 de abril del 2026

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. 8907116

NOMBRE COMPLETO:	FRANCELID RAMIREZ
IDENTIFICACION:	CC 41914659
CONTRATO No.	*N° 8907116*
VALOR DEL CONTRATO:	$13.200.000
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 2025, **SI_X__ NO___**, soy declarante de impuesto de renta.

2. Para efectos de la declaración de renta del año gravable 2026, **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 2026 **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 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,

Firma Francelid Ramirez Bernate.
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:	2026-04-17
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2026-04-20
FECHA DE PAGO:	2026-04-20
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DAVIVIENDA
PERÍODO PENSIÓN:	2026-03
PERÍODO SALUD:	2026-03
NÚMERO PLANILLA:	37114877
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	37114877
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	$ 1.750.905	$ 0	$ 0	$ 800	$ 218.900	$ 219.500
25-14	900336004	COLPENSIONES	1	$ 1.750.905	$ 0	$ 0	$ 800	$ 280.200	$ 281.000
14-23	860011153	POSITIVA	1	$ 1.750.905	$ 0	$ 0	$ 200	$ 42.700	$ 42.900
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 1.800	$ 541.800	$ 543.400

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	15/05/2026

Powered by CamScanner

8:23 ··· 100

DAVIVIENDA

Bienvenido(a), FRANCELID RAMIREZ BERNATE
Viernes 17 de Abril de 2026, 08:22 PM
Código único CUS: 234272120

Destino de pago
ASOPAGOS

Motivo
Pago de seguridad Social Integrado

Número de Aprobación
00272120

Fecha
17/04/2026

Dirección IP
45.162.79.12

Valor transacción
$543.400,00

Costo de la transacción
$ 0,00 IVA incluido

Referencia 1
10.10.11.80

Referencia 2
CC

Referencia 3
41914659

Esta transacción estará sujeta a verificación

Banco Davivienda S.A. Todos los derechos reservados 2026

Powered by CamScanner

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

Fecha de Expedición 2026/04/20

Recibo Nº 8352600156393

Trámite CONTRATOS DE PRESTACION DE SERVICIOS PERSONA NATURAL

PRO HOSPITAL $66.000

Total **$66.000**
$00
Total a Pagar **$66.000**

Con destino a: Municipio de Armenia

Contribuyente
Tipo de Doc. C C
Número 41914659
Nombre FRANCELID RAMIREZ BERNATE
Teléfono

(415)0000000024605(8020)08352600156393(3900)000000000066000(96)20261231

VALOR TOTAL CONTRATO	13.200.000
FECHA CONTRATO	15/01/2026
VALOR ORDEN DE PAGO	3.300.000
NUMERO ORDEN DE PAGO	3
VALOR BASE	3.300.000
NRO. CONTRATO	8907116

Contribuyente

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

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

Recibo Nº 8352600156393

Fecha de Expedición 2026/04/20

Trámite CONTRATOS DE PRESTACION DE SERVICIOS PERSONA NATURAL

PRO HOSPITAL $66.000

Total **$66.000**
$00
Total a Pagar **$66.000**

Con destino a: Municipio de Armenia

Contribuyente
Tipo de Doc. C C
Número 41914659
Nombre FRANCELID RAMIREZ BERNATE
Teléfono

(415)0000000024605(8020)08352600156393(3900)000000000066000(96)20261231

VALOR TOTAL CONTRATO	13.200.000
FECHA CONTRATO	15/01/2026
VALOR ORDEN DE PAGO	3.300.000
NUMERO ORDEN DE PAGO	3
VALOR BASE	3.300.000
NRO. CONTRATO	8907116

Soporte trámite

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

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

Recibo Nº 8352600156393

Fecha de Expedición 2026/04/20

Trámite CONTRATOS DE PRESTACION DE SERVICIOS PERSONA NATURAL

PRO HOSPITAL $66.000

Total **$66.000**
$00
Total a Pagar **$66.000**

Con destino a: Municipio de Armenia

Contribuyente
Tipo de Doc. C C
Número 41914659
Nombre FRANCELID RAMIREZ BERNATE
Teléfono

(415)0000000024605(8020)08352600156393(3900)000000000066000(96)20261231

VALOR TOTAL CONTRATO	13.200.000
FECHA CONTRATO	15/01/2026
VALOR ORDEN DE PAGO	3.300.000
NUMERO ORDEN DE PAGO	3
VALOR BASE	3.300.000
NRO. CONTRATO	8907116

Soporte Entidad

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

Powered by CamScanner