ALCALDIA DE ENVIGADO

BPAG_A

324 - TRANSFERENCIA ELECTRONICA

Documento de Pago : 324 - 202203472 **Fecha :** 06-APR-2022

Cuenta Pagadora : 39401198-5 - BANCO BBVA AHO.SALUD-PUBLI

Documento de Causación: 202-202201723 **Radicado :** 17338

Contrato: ENV-13-09-0030-22 **Acta de pago :** # 03

Tercero : 1036643046 - LARA ARIAS ELIZABETH

Beneficiario : 1036643046 - LARA ARIAS ELIZABETH

Cuenta Beneficiario	Entidad Financiera	Tipo de Cuenta
01685048066	BANCOLOMBIA	A

Concepto: ACTA DE PAGO 02 CO:ENV-13-09-0030-22 PERIODO 1-31 MAR 2022.PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL MANEJO DE LOS PROCESOS COMUNICACIONALES DE LA SECRETARÍA DE SALUD QUE PERMITAN LA PARTICIPACIÓN SOCIAL Y LA GENERACIÓN DE INFORMACIÓN EN SALUD PARA LA COMUNIDAD

	Cuenta	Descripción	Valor
202	202201723	LARA ARIAS ELIZABETH	4,189,994.00
			4,189,994.00

Elaboró Revisó Aprobó

Fecha de Aplicacion: 06-APR-2022 Usuario: ELIDARRAGA Terminal: ENVIGADOALC_TES_PRO

-4 ABR 2022
6:32

ALCALDÍA DE ENVIGADO

CUENTA POR PAGAR

Beneficiario : LARA ARIAS ELIZABETH — **CC-NIT:** 1036643046 — **Fecha:** 04-04-2022

Direccion : CR 4A 29 SUR 305 126 LAS PALMAS — **Telefono :** 315-3711947 — **Fecha Vencimiento :** 04-04-2022

Observacion: ACTA DE PAGO 02 CO:ENV-13-09-0030-22 PERIODO 1-31 MAR 2022.PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL MANEJO DE LOS PROCESOS COMUNICACIONALES DE LA SECRETARÍA DE SALUD QUE PERMITAN LA PARTICIPACIÓN SOCIAL Y LA GENERACIÓN DE INFORMACIÓN EN SALUD PARA LA COMUNIDAD

Valor Bruto : 4,403,770.00

CXP. No. 202 | 202201723

Factura No. | 23

Tipo Cuenta: A

Soporte : CONTRATO No. ENV-13-09-0030-22 # 03

N. Cta Bancaria: 01685048066 — **Nombre Entidad Financiera:** BANCOLOMBIA

Conceptos de Gasto, Costo, Compra o Traslado de Recaudos a Tercero

Concepto	Descripcion del Concepto	Valor del Concepto
9527	HONORARIOS CONTRATISTAS - SECTOR SALUD	4,403,770.00

Movimiento Presupuestal

RP	Codigo	Fuente	CI	Cta. Financiera	Valor
20220062 1	2320202008000000001901136836110013131022602064 6	1 - 260	01	SGP BBVA 1985	4,403,770.00

Movimiento Contable

Cta. Contable	Descripcion	Tercero	CI	Debito	Credito
24079010	Descuentos a contratistas - FEMUE	1036643046	01		213,776.00
249054	Honorarios	1036643046	01		4,189,994.00
55021802	Honorarios	1036643046	01	4,403,770.00	

Legalizacion de Anticipos en la Causacion

Código	No. Contrato	Valor Legalizado	Saldo por Legalizar

Cargos y Retenciones en la Causacion

Concepto	%	Cargos	Retenciones	Valor Base
DEDUCCION FONDO DE EMPLEADOS -FEMUE-	100	.00	213,776.00	213,776.00
Total Cargos y Retenciones :		.00	213,776.00	

Deducciones en el Pago

Concepto	%	Retención	Valor Base

Total Deducciones :

NETO A PAGAR : $ 4,189,994.00 — CUATRO MILLONES CIENTO OCHENTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y CUATRO PESO(S) CON 0/100 M/CTE — ESTADO ACTIVO.

SALDO :$ 4,189,994.00

RADICADO: 17338

ZULEY YELENY ESCOBAR RESTREPO	SALOME LONDOÑO ZAPATA	WALTER ALBERTO BUSTAMANTE LONDO
Elaborado Cuentas por Pagar	Solicitado Por:	Autorizado Por:

-5 ABR 2022
2:20

RECIBIDO
$
Tesorería

1723

Alcaldía de Envigado
0017338-0000007-20220401
1300 - 2022/04/01 09:01:43

Envigado, 01 de abril de 2022.

CUENTA DE COBRO N° 023

EL MUNICIPIO DE ENVIGADO
NIT 890.907.106-5

DEBE A:

ELIZABETH LARA ARIAS
C.C. 1.036.643.046

CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS TRES MIL SETECIENTOS SETENTA PESOS

($4.403.770)

POR CONCEPTO DE

Prestación de servicios profesionales para el manejo de los procesos comunicacionales de la secretaría de salud que permitan la participación social y la generación de información en salud para la comunidad, según contrato de prestación de servicios ENV-13-09-0030-22 correspondiente al periodo del 01 de marzo al 31 de marzo del año 2022.

Certifico bajo la gravedad de juramento que he cancelado los aportes a la seguridad social en la planilla Nº 22442301 y 22717648.

APORTES A PENSIÓN:	$ 281.900
APORTES A SALUD	$ 220.200
APORTES A RIESGOS PROFESIONALES	$ 9.200

Bajo la gravedad de juramento me permito manifestar lo siguiente:

1. Soy residente fiscal colombiano de conformidad con el artículo 10 del Estatuto Tributario. (Marque una sola opción)

SI __X__ NO_____

2. Soy declarante del Impuesto de Renta y Complementarios: SI__X___ NO ___

3. Para el cumplimiento de la labor contratada:

SI_____ NO __X__ he contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores asociados a la actividad y manifiesto mi compromiso de dar aviso si esta condición de modifica. (En caso negativo le aplica el cálculo de la retención establecida en el artículo 383 E.T.)

213.776

9522

SI ____ NO __X__ he contratado por un término igual o superior a noventa (90) días continuos o discontinuos dos o más trabajadores o contratistas asociados a la actividad (En caso negativo le aplica exención del 25% prevista en numeral 10 art. 206 E.T. según parágrafo 5to)".

"Solicito por favor aplicar a esta cuenta de cobro un porcentaje de retención en la fuente del ___0__%, esto siempre y cuando el porcentaje resultante de la aplicación del procedimiento establecido en el artículo 383 del ET fuere inferior al acá solicitado."

Cordialmente,

Elizabeth Lara Arias

ELIZABETH LARA ARIAS
C.C. 1.036.643.646
CEL: (315) 3711947
CUENTA BANCARIA: CUENTA DE AHORROS BANCOLOMBIA Nro. 01685048066

ACTA NUMERO 03
01 de abril de 2022

CONTRATISTA:	ELIZABETH LARA ARIAS
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1.036.643.046
ENTIDAD BANCARIA:	BANCOLOMBIA
TIPO DE CUENTA:	AHORROS
NÚMERO DE CUENTA:	01685048066
CONTRATO Nº	ENV-13-09-0030-22
FECHA DEL CONTRATO:	07 de enero de 2022
OBJETO DEL CONTRATO	Prestación de servicios profesionales para el manejo de los comunicacionales de la secretaría de salud que permiten la participación social y la generación de información en salud para la comunidad
VALOR ANTES DE IVA	$ 49.028.639
VALOR IVA:	N/A
VALOR TOTAL	$ 49.028.639

FORMA DE PAGO El Municipio de Envigado pagará al contratista el valor del presente contrato de acuerdo al Plan Anualizado de Caja (PAC) el cual esta soportado en el registro de disponibilidad presupuestal (RDP) que soporta el presente contrato Y SE AUTORIZARÁ el pago de acuerdo al informe de (auditoria y/o supervisión) que se presente al ordenador del gasto, donde se detallan las (actividades, obligaciones, tareas, productos.) realizadas, desarrolladas o entregadas durante el periodo a pagar y de acuerdo al plazo establecido en el contrato. En todo caso se pagará de acuerdo a la ejecución Parágrafo 1: La FACTURA O CUENTA DE COBRO deberá estar acompañada de la certificación que acredite que se encuentra a paz y salvo por concepto de pago de la Seguridad Social integral (salud, pensiones y Riesgos Laborales). Parágrafo 2: El Municipio de Envigado contará con un término de cuarenta y cinco (45) días hábiles siguientes a la fecha de radicación de la factura o cuenta de cobro, para realizar cada desembolso

PLAZO INICIAL	338 Días
FECHA DE INICIO	11 de enero de 2022
FECHA DE SUSPENSIÓN	N/A
FECHA DE REINICIO	N/A
ACTA DE ADICION	N/A
VALOR ADICION:	N/A
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	$ 49.028.639
FECHA DE ADICIÓN:	N/A
ADICION TIEMPO:	N/A
RDP VF NÚMERO	N/A
FECHA	N/A
VALOR	N/A

En cumplimiento a la Ley 80 de 1.993, ley 1150 de 2.007, Ley 1474 de 2011, Ley 1882 de 2018 y demás Decretos reglamentarios, así como el Decreto de delegación para la contratación, el manual de contratación, supervisión e interventoría y demás normas que los aclaren, complementen y los modifiquen, los cuales hacen referencia a la responsabilidad del Ordenador del Gasto, los Delegados para Contratar, los Interventores y Supervisores en el ejercicio de sus funciones y con base en el contrato que se encuentra plenamente legalizado, enunciado en el encabezado de este documento y la forma de pago estipulado en el mismo; Autorizo el pago del acta correspondiente, **de conformidad con el informe Técnico, administrativo, jurídico, financiero y contable, revisado, verificado y elaborado por los supervisores,** informes que reposa en la expediente del contrato con todos los soportes de ley exigidos.

Ratifico la revisión y verificación de los documentos soportes del contratista con respecto a los requerimientos de seguridad social integral establecidos por la ley, encontrándose al día en sus pagos, para lo cual se aplicó la base de liquidación establecida en la ley.

Obligado a Presentar Seguridad Social	Si	x	Diligencie el cuadro		
	No		Omita el cuadro		
PERSONA NATURAL PRESENTO			**PERSONA JURIDICA PRESENTO**	**SI**	**NO**
Planilla numero		22442301-22717648	Certificado de Representante Legal		
Periodo de Cotización		Febrero			
Fecha de pago		16-02-2022 – 02-03-2022	Certificado de Revisor Fiscal		
Valor base de cotización		$ 1.761.508			
Salud		$ 220.200	Periodo de Cotización		
Pensión		$ 281.900			
ARL tipo de riesgo		$ 9.200			

Así mismo certifico que se recibió a entera satisfacción los servicios prestados por el contratista en cumplimiento del objeto del contrato.

VALOR A PAGAR

	DESCRIPCION		VALOR
1	Valor Cuota pactada contrato antes de IVA		$ 4.403.770
2	Glosa(+)(-)		
3	Subtotal (1+2)		$ 4.403.770
4	IVA	XX%	
5	Impuesto al consumo	XX%	
6	Valor Total Cuota (3+4+5)		$ 4.403.770
7	Menos valor Amortización Anticipo= (3x% de anticipo)	XX%	
8	Valor a Pagar del Acta (6-7)		$ 4.403.770
Compensación			
9	Tipo de Impuesto		
10	Número de Factura		
11	Valor de la Factura		
Valor Total a Pagar (8-11)			$ 4.403.770

Beneficiario del pago. (Diligenciar solo si tiene endoso)

ENDOSOS	Beneficiario Pago (1)	Beneficiario Pago (2)
Nombre		
Número Identificación		
Entidad Bancaria		
Tipo de Cuenta		
Número de Cuenta		
Valor a Pagar		

Nota: Cuando el beneficiario no sea el contratista en la carpeta del contrato debe reposar el poder o el endosó autenticado

El valor a pagar descrito en la presente acta se ejecutara presupuestalmente de la siguiente forma:

Certificado de Disponibilidad presupuestal	Fecha De certificado	Registro de Disponibilidad presupuestal	Fecha De registro	Rubro presupuestal	**Sec. rdp**	Valor a ejecutar
01-110-20220231	05-01-2022	01-111-20220062	07-01-2022	2320202008000000 0019011368361100 131310226020646	01	$ 4.403.770

Para constancia firma:

SALOME LONDOÑO ZAPATA
SECRETARIA DE SALUD

Registro de Entradas y Salidas de Bienes			
Nombre de Funcionario que Reporta		**Número Documento Entrada**	
		Número Documento de Salida	
APLICA PARA CONTRATOS DE OBRA Y COMPRAS			

Notas.

- ✓ *La información y firmas de elaboró, Revisó y aprobó son obligatorias.*
- ✓ *Cualquier modificación al formato de esta acta establecida en el SGI será objeto de devolución de la CxP.*
- ✓ *Los campos que no se requieran ser diligenciados colocar N/A no aplica.*

Elaboró	Revisó y aprobó
Nombre completo: Lina Marcela Montoya Mejía Cargo: Auxiliar Administrativa Dependencia: Secretaría de Salud	Nombre completo: Walter Alonso Bolivar Múnera Cargo; Director de Gestión del Conocimiento y Planeación en Salud Dependencia: Secretaría de Salud