



324 - TRANSFERENCIA ELECTRONICA

Documento de Pago : 324 - 202214476

Fecha : 12-DEC-2022

Cuenta Pagadora : 299005884 - BBVA-AH-G.ADULTO MAYOR

Documento de Causación: 202-202210438

Radicado : 68797

Contrato: ENV-16-09-1048-22

Acta de pago : 05

Tercero : 32242467 - LONDOÑO PARRA KARINA
Beneficiario : 32242467 - LONDOÑO PARRA KARINA

Cuenta Beneficiario	Entidad Financiera	Tipo de Cuenta
1010011708	COLPATRIA	A

Concepto: ACTA DE PAGO 5 CO ENV-16-09-1048-22 PERIODO 1-30 NOV 2022.PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA APOYAR LOS PROCESOS ADMINISTRATIVOS Y DE PLANEACIÓN DE LA DIRECCIÓN DE ENVEJECIMIENTO Y VEJEZ DE LA SECRETARÍA DE BIENESTAR SOCIAL.

Cuenta	Descripción	Valor
202 202210438	LONDOÑO PARRA KARINA	4,403,770.00
		4,403,770.00

Elaboró

Fecha de Aplicación: 12-DEC-2022

Revisó

Usuario: JPATINO

Aprobó

Terminal: ENVIGADO\ALC_TES_TAQ

05 DIC. 2022



ALCALDÍA DE ENVIGADO

CUENTA POR PAGAR

Beneficiario : LONDOÑO PARRA KARINA

CC-NIT: 32242467

Fecha: 02-12-2022

Direccion : CR 40 CL 41 SUR 041

Telefono : 3022435

Fecha Vencimiento : 02-12-2022

Observacion: ACTA DE PAGO 5 CO/ENV-16-09-1048-22 PERIODO 1-30 NOV 2022 PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA APOYAR LOS PROCESOS ADMINISTRATIVOS Y DE PLANEACIÓN DE LA DIRECCIÓN DE ENVEJECIMIENTO Y VEJEZ DE LA SECRETARÍA DE BIENESTAR SOCIAL

Valor Bruto : 4,403,770.00

CXP. No. 202 202210438

Factura No. 83

Soporte : CONTRATO No. ENV-16-09-1048-22 05

Tipo Cuenta: A

N. Cta Bancaria: 1010011708

Nombre Entidad Financiera: COLPATRIA

Conceptos de Gasto, Costo, Compra o Traslado de Recaudos a Tercero		
Concepto	Descripción del Concepto	Valor del Concepto
9535	HONORARIOS CONTRATISTAS	4,403,770.00

Movimiento Presupuestal					
RP	Código	Fuente	CI	Cta. Financiera	Valor
20222029 1	23202020080000000041040088311500163000011020103	3 - 110	01	BBVA 5884	4,403,770.00

Movimiento Contable					
Cta. Contable	Descripción	Tercero	CI	Debito	Credito
249054	Honorarios	32242467	01		4,403,770.00
55070802	Honorarios	32242467	01	4,403,770.00	

Legalización de Anticipos en la Causación			
Código	No. Contrato	Valor Legalizado	Saldo por Legalizar

Cargos y Retenciones en la Causación				
Concepto	%	Cargos	Retenciones	Valor Base
Total Cargos y Retenciones :		.00	.00	

Deducciones en el Pago			
Concepto	%	Retención	Valor Base

Total Deducciones :

NETO A PAGAR : \$ 4,403,770.00

CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS TRES MIL SETECIENTOS SETENTA PESO(S) CON 0/100 M/CTE

ESTADO ACTIVO.

SALDO : \$ 4,403,770.00

RADICADO: 68797

ZULEY Y ELLEN ESCOBAR RESTREPO

LINA MARÍA RESTREPO GARCÉS

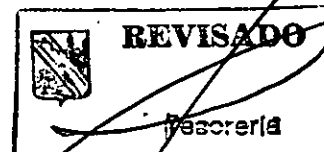
WALTER ALBERTO BUSTAMANTE LONDO

Elaborado Cuentas por Pagar

Solicitado Por:

Autorizado Por:

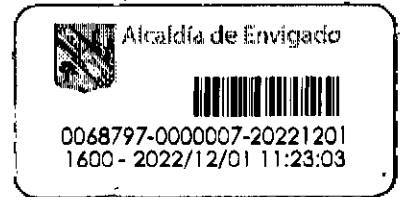
07 DIC. 2022



10438

Envigado, 01 de diciembre de 2022

CUENTA DE COBRO N° 83
EL MUNICIPIO DE ENVIGADO
CON NIT N° 890907106-5



DEBE A:

KARINA LONDOÑO PARRA

CC. 32242467

LA SUMA DE:

CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS TRES MIL SETECIENTOS SETENTA PESOS
ML/CTE. (\$4.403.770)

Por concepto de Acta de Pago No. 5 / Del contrato N° ENV-16-09-1048-22 objeto:
Prestación de servicios profesionales para apoyar los procesos administrativos y de
planeación de la dirección de Envejecimiento y Vejez de la Secretaría de Bienestar Social.

Cuenta de cobro del 01 de noviembre al 30 de noviembre del 2022

Certifico bajo el principio constitucional de buena fe y bajo gravedad de juramento que he pagado la
seguridad social con la siguiente información:

Planilla asistida noviembre: 7856182871

Aporte fondo de pensiones porvenir: \$ 281.900

Aportes a EPS sura \$ 220.200

Riesgos profesionales ARL SURATEP \$ 9.200

Cuenta de Ahorros Scotiabank Colpatria: 1010011708

"Bajo la gravedad de juramento me permito manifestar lo siguiente:

1. Soy residente fiscal colombiano de conformidad con el artículo 10 del Estatuto Tributario. Si X NO

2. Soy Declarante de 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

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.

"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."

KARINA LONDOÑO PARRA

CC. 32.242.467

Dirección: calle 40 f sur N. 32 B - 35

Teléfono: 2093867

Celular: 3013970405

Email: Karina.londono@envigado.gov.co

9535



Alcaldía Municipal
de Envigado

ACTA DE PAGO PARCIAL CONTRATO

Código: AR-F-015

Versión: 10

Página 1 de 4

COPIA CONTROLADA

ACTA NUMERO 05

1 de diciembre de 2022

1. CONTRATO

CONTRATISTA:	KARINA LONDOÑO PARRA
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	32242467
ENTIDAD BANCARIA:	SCOTIABANK COLPATRIA
TIPO DE CUENTA:	AHORRO
NÚMERO DE CUENTA:	1010011708
CONTRATO N° :	ENV-16-09-1048-22
FECHA DEL CONTRATO:	14 de julio de 2022
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestación de servicios profesionales para apoyar los procesos administrativos y de planeación de la dirección de Envejecimiento y Vejez de la Secretaría de Bienestar Social.
PLAZO:	154 Días
FECHA DE INICIO:	14 de julio de 2022 (Esp. cuando sea urgencia manifiesta)
VALOR CONTRATO VIGENCIA:	22.312.435
VALOR CONT.VIG. FUTURA:	\$
VALOR IVA:	\$
VALOR TOTAL:	22.312.435
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) del presente contrato Y SE AUTORIZARÁ el pago de acuerdo al informe del supervisor 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.

 Alcaldía Municipal de Envigado	ACTA DE PAGO PARCIAL CONTRATO	Código: AR-F-015
		Versión: 10
		Página 2 de 4

COPIA CONTROLADA

	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.
PERIODO A PAGAR:	Del 01 de noviembre al 30 de noviembre
FECHA DE SUSPENSIÓN:	Día de mes de año.
FECHA DE REINICIO:	Día de mes de año.
ACTA DE ADICION:	N/A
FECHA DE ACTA ADICIÓN:	N/A
VALOR ADICION:	N/A
TIEMPO DE ADICION:	N/A
VALOR TOTAL DEL CONTRATO: (Valor contrato más adición)	N/A
2. RESPONSABILIDAD	
En cumplimiento a la Ley 80 de 1993, ley 1150 de 2007, 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, <u>de conformidad con el informe Técnico, administrativo, jurídico, financiero y contable, revisado, verificado y elaborado por los supervisores</u> , informes que reposa en la expediente del contrato con todos los soportes de ley exigidos.	
3. SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL	
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 aplicó la base de liquidación establecida en la ley.	
Si el contratista está obligado a presentar planilla o certificación de seguridad social diligencie el cuadro.	
Persona Natural	
Planilla número	7856182871
Periodo de cotización	noviembre
Fecha de pago	17/11/2022
Valor base de cotización	\$1.761.508
Valor pagado en salud	\$220.200
Valor pagado en pensión	\$281.900
Valor pagado ARL según tipo de riesgo	\$9.200



Alcaldía Municipal
de Envigado

ACTA DE PAGO PARCIAL CONTRATO

Código: AR-F-015

Versión: 10

Página 3 de 4

COPIA CONTROLADA

Persona Jurídica			
Tipo de documento		Presentó	
Certificado de Representante Legal		☐	
Certificado de Revisor Fiscal		☐	
4. ACEPTACIÓN DEL BIEN Y/O SERVICIO PRESTADO			
Así mismo certifico que se recibió a entera satisfacción los servicios prestados por el contratista en cumplimiento del objeto del contrato.			
5. VALOR A PAGAR			
1	Valor Cuota pactada contrato antes de IVA		\$4.403.770
2	Glosa(+)(-)		00
3	Subtotal (1+2)		\$4.403.770
4	IVA	XX%	00
5	Impuesto al consumo	XX%	\$00
6	Valor Total Cuota (3+4+5)		\$4.403.770
7	Menos valor Amortización Anticipo= (3x% de anticipo)	XX%	\$00
8	Valor a Pagar del Acta (6-7)		\$4.403.770
Diligenciar los campos 9 – 10 – 11 solo si hay compensación			
9	Tipo de Impuesto		\$
10	Número de Factura		\$
11	Valor de la Factura		\$
Valor total a pagar al contratista (8-11)			\$4.403.770
6. ENDOSO DEL PAGO			
DILIGENCIAR SOLO SI TIENE ENDOSO			
	Beneficiario Pago (1)	Beneficiario Pago (2)	
Nombre			
Número Identificación			
Entidad Bancaria			
Tipo de Cuenta			
Número de Cuenta			
Valor endosado a Pagar			
Nota: En la carpeta del contrato reposa el poder y/o el endosó presentado por el contratista.			
7. EJECUCIÓN PRESUPUESTAL			
El valor a pagar descrito en la presente acta se ejecutara presupuestalmente de la siguiente forma:			

 Alcaldía Municipal de Envigado	ACTA DE PAGO PARCIAL CONTRATO	Código: AR-F-015
		Versión: 10
		Página 4 de 4

COPIA CONTROLADA

Certificado de disponibilidad presupuestal	Fecha de certificado	Registro de disponibilidad presupuestal	Fecha de registro	Rubro presupuestal	Sec RDP	Valor a ejecutar
01-110-20221098	17/06/2022	01-111-20222029	14/07/2022	2320202008000000 0041040088311500 163000011020103	01	\$4.403.770

8. RESPONSABLES

Para constancia firma:

Firma

Nombre del Ordenador del Gasto
Cargo

[Firma]
Lina María Restrepo Garcés

Secretaria de Bienestar Social

Elaboró

Revisó y aprobó

[Firma]
espacio para firma

Nombre completo:

Cargo:

Dependencia:

Andrés Ramírez Montoya

Director Envejecimiento y Vejez

Secretaría de Bienestar Social

Nombre completo:

Cargo:

Dependencia:

Luis Fernando Acevedo Pineda

Profesional Universitario - CT

Bienestar Social

Los aquí firmantes manifestamos que hemos leído y revisado toda la información que obra en el documento, la cual se encuentra ajustada a la ley, por lo que se presenta para la firma del Ordenador del Gasto.

9. NOTAS

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 aplican.
- La guía de diligenciamiento se encuentra en G+ AR-G-052

10. REPORTE BIENES

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