324 - TRANSFERENCIA ELECTRONICA

Documento de Pago : 324 - 202304644 **Fecha :** 18-MAY-2023

Cuenta Pagadora : 294129622 - BANCO DE BOGOTA AHORR.R.PROPIO

Documento de Causación: 202-202302934 **Radicado :** 27388

Contrato: ENV-08-32-0859-23-1 **Acta de pago :** 001

Tercero : 900733701 - FUNERARIA OCHOA
Beneficiario : 900733701 - FUNERARIA OCHOA

Cuenta Beneficiario	Entidad Financiera	Tipo de Cuenta
01925201665	BANCOLOMBIA	A

Concepto: ACTA DE PAGO 1 CO ENV-08-32-0859-23-1 SERVICIO DE TRASLADO DE FALLECIDOS EN ACCIDENTES DE TRANSITO EN LA JURISDICCIÓN DEL MUNICIPIO DE ENVIGADO

	Cuenta	Descripción	Valor
202	202302934	FUNERARIA OCHOA	373,943.00
			373,943.00

Elaboró

Revisó

Aprobó

Fecha de Aplicacion. 18-MAY-2023 Usuario: ELIDARRAGA Terminal: ENVIGADO\ALC_TES_PRO

17 MAY 2023
10:21 am

ALCALDÍA DE ENVIGADO

CUENTA POR PAGAR

Beneficiario : FUNERARIA OCHOA — CC-NIT: 900733701 — Fecha: 11-05-2023

Direccion : CR 40 38SUR 38 — Telefono : 3312228 — Fecha Vencimiento : 11-05-2023

Observacion: ACTA DE PAGO 1 CO ENV-08-32-0859-23-1 SERVICIO DE TRASLADO DE FALLECIDOS EN ACCIDENTES DE TRANSITO EN LA JURISDICCIÓN DEL MUNICIPIO DE ENVIGADO — Valor Bruto : 397,811.00

CXP. No. 202 202302934

Factura No. FE 4494

Soporte : CONTRATO No. ENV-08-32-0859-23-1 001

N. Cta Bancaria: 01925201665 — Nombre Entidad Financiera: BANCOLOMBIA — Tipo Cuenta: A

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

Concepto	Descripcion del Concepto	Valor del Concepto
9627	SERVICIOS DIFERENTES A CONTRATISTAS - FUNCIIONAMIENTO	397,811.00

Movimiento Presupuestal

RP	Codigo	Fuente	CI	Cta. Financiera	Valor
20231436 1	2320202009000000002409011973210008300001002063 7	3 - 100	01	RP	397,811.00

Movimiento Contable

Cta. Contable	Descripcion	Tercero	CI	Debito	Credito
13058802	Estampillas Adulto Mayor	900733701	01		7,956.00
13058802	Estampillas Adulto Mayor	900733701	01	7,956.00	
24360501	Retencion por servicios a declarantes 4%	900733701	01		15,912.00
249055	Servicios	900733701	01		373,943.00
41057689002	Estampilla Adulto Mayor	900733701	01		7,956.00
511180	Servicios	900733701	01	397,811.00	

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
ESTAMPILLA ADULTO MAYOR	2	.00	7,956.00	397,811.00
RETEFUENTE POR SERVICIOS GENERALES DECLARANTES	4	.00	15,912.00	397,811.00
Total Cargos y Retenciones :		.00	23,868.00	

Deducciones en el Pago

Concepto	%	Retención	Valor Base

Total Deducciones :

NETO A PAGAR : $ 373,943.00 — TRESCIENTOS SETENTA Y TRES MIL NOVECIENTOS CUARENTA Y TRES PESO(S) CON 0/100 M/CTE — ESTADO ACTIVO.

SALDO :$ 373,943.00

RADICADO: 27388

ZULEY YELENY ESCOBAR RESTREPO
Elaborado Cuentas por Pagar

JUAN JOSE OROZCO
Solicitado Por:

WALTER ALBERTO BUSTAMANTE LONDO
Autorizado Por:

17 MAY 2023
11:24 am

REVISADO

2934

original

FUNERARIA OCHOA S.A.S
NIT: 900.733.701 - 5
CARRERA 40 No. 38 SUR - 33
ENVIGADO - ANTIOQUIA
No somos Autorretenedores de IVA
No somos responsables de IVA
No somos Grandes Contribuyentes

FACTURA ELECTRONICA
DE VENTA No. FE4494

CUFE: 4440d0e24d731690b56cfcc2b938da53787a9975cf2f9a7b3b9e6fee278b71c27009470661 8f0336c3d0579408786059

CLIENTE:	MUNICIPIO DE ENVIGADO		**Fecha:** 19 / 04 / 2023
NIT:	890907106		**Vence:** 19 / 05 / 2023
Dirección:	CR 43 38 SUR 35	**Ciudad:** ENVIGADO	**Hora** 09:46:57 a.
Teléfono:	3394000		**Fecha y hora de validación:**
Vendedor:	FUNERARIA OCHOA S.A.S		2023-04-19T09:52:54.3627488Z
Forma de pago	CREDITO		

RESOLUCION DIAN Nc18764047240738 FECHA10/04/2023 RANGO DESDI4445 HASTA 6000 VIGENCIA 10/04/2024

CONCEPTO O DESCRIPCIÓN	Valor Total
TRASLADO FALLECIDO ACCIDENTE DE TRANSITO	397,811

Alcaldía de Envigado
0027388-0000007-20230505
1100 - 2023/05/05 10:22:41

CONTIENE ANEXOS

SON: TRESCIENTOS OCHENTA Y UN MIL OCHOCIENTOS NOVENTA Y OCHO PESOS CON SEIS CENTAVOS**********

OBSERVACIONES:
FALLECIDO: CAMILO ALBERTO JIMENEZ

TOTAL BRUTO	397,811
DESCUENTO	952
IVA	260
RET. IVA	190
RETENCIÓN	15,912.44
TOTAL NETO	381,898.56

Esta factura se asimila en sus efectos legales a la Letra de Cambio (según el artículo 774 del Código de Comercio), con esta el comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías y/o servicios descritos en este título valor.

Proveedor Tecnológico SIIGO S.A.S - NIT: 830.048.145 - 8 - Software Ilimitada

ACTA NUMERO 001	
4 de mayo de 2023	
1. CONTRATO	
CONTRATISTA:	FUNERARIA OCHOA S.A.S
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	900.733.701-5
ENTIDAD BANCARIA:	BANCOLOMBIA
TIPO DE CUENTA:	AHORROS
NÚMERO DE CUENTA:	019252016656
CONTRATO Nº :	ENV-08-32-0859-23-1
FECHA DEL CONTRATO:	28 de marzo de 2023
OBJETO DEL CONTRATO:	SERVICIO DE TRASLADO DE FALLECIDOS EN ACCIDENTES DE TRANSITO EN LA JURISDICCION DEL MUNICIPIO DE ENVIGADO.
PLAZO:	258 DIAS
FECHA DE INICIO:	13 de abril de 2023 (Esp. cuando sea urgencia manifiesta)
VALOR CONTRATO VIGENCIA:	$ 6.500.000
VALOR CONT.VIG. FUTURA:	$
VALOR IVA:	$
VALOR TOTAL:	$ 6.500.000
FORMA DE PAGO:	El Municipio de Envigado realizará el pago al Contratista, de la siguiente forma: El pago lo hará el Municipio de Envigado, al Contratista, en la caja de la Tesorería Municipal o transferencia electrónica, previa presentación de la cuenta de cobro o factura debidamente legalizada. Este pago **se hará en pagos parciales según servicio efectivamente prestado** y recibido a entera satisfacción, según certificado y control del supervisor del contrato; con una constancia que acredite que se encuentra al día con el pago de aportes al Sistema de Seguridad Social Integral, ARL, Sena, ICBF y Cajas

	de Compensación Familiar, cuando corresponda y respecto de cada uno de sus empleados, pago que se hará con sujeción al plan anual de caja P.A.C Para cada pago el contratista deberá acreditar estar a paz y salvo por concepto de seguridad social y parafiscal: PERSONA NATURAL: Salud, Pensión y Riesgos Laborales, cuando aplique. PERSONA JURÍDICA: Salud, Pensión y Riesgos Laborales de sus empleados y aportes parafiscales emitido por el Representante Legal o Revisor Fiscal (en caso de ser persona jurídica). Nota: El Municipio de Envigado contará con un término de cuarenta y cinco (45) días siguientes a la fecha de radicación de la factura, para realizar cada desembolso. **Parágrafo:** Como un requisito para la ejecución del contrato, es la inscripción de la cuenta financiera por parte del proponente seleccionado a la cual el Municipio le hará los pagos que se deriven de la contratación.
PERIODO A PAGAR:	21 de abril de 2023
FECHA DE SUSPENSIÓN:	Día de mes de año.
FECHA DE REINICIO:	Día de mes de año.
ACTA DE ADICION:	XX
FECHA DE ACTA ADICIÓN:	Día de mes de año.
VALOR ADICION:	$
TIEMPO DE ADICION:	X meses.
VALOR TOTAL DEL CONTRATO: (Valor contrato más adición)	$ 6.500.000

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, **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.

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	Haga clic aquí para escribir número de planilla.
Periodo de cotización	MM-AAAA
Fecha de pago	Haga clic aquí para seleccionar una fecha.
Valor base de cotización	$
Valor pagado en salud	$
Valor pagado en pensión	$
Valor pagado ARL según tipo de riesgo	$

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		**$ 397,811**
2	Glosa(+)(-)		**$**
3	Subtotal (1+2)		**$ 397,811**
4	IVA	XX%	**$**
5	Impuesto al consumo	XX%	**$**
6	Valor Total Cuota (3+4+5)		**$ 397,811**
7	Menos valor Amortización Anticipo= (3x% de anticipo)	XX%	**$**
8	Valor a Pagar del Acta (6-7)		**$ 397,811**
Diligenciar los campos 9 – 10 – 11 solo si hay compensación			
9	Tipo de Impuesto		**$**
10	Número de Factura		**$**
11	Valor de la Factura		**$**
Valor total a pagar al contratista (8-11)			**$ 397,811**

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:

Certificado de disponibilidad presupuestal	Fecha de certificado	Registro de disponibilidad presupuestal	Fecha de registro	Rubro presupuestal	Sec RDP	Valor a ejecutar
01-110-20230446	13/01/2023	01-111-20231436	11/04/2023	2320202009000000 0024090119732100 083000010020637	1	**$ 397,811**

8. RESPONSABLES

Para constancia firma:

Firma	*espacio para firma*
Nombre del Ordenador del Gasto Cargo	**JUAN JOSE OROZCO VALENCIA** **Secretario de Movilidad**

Elaboró	*espacio para firma*	Nombre completo: Cargo: Dependencia:	JHONNY VALENCIA RAMIREZ TECNICO OPERATIVO SECRETARIA DE MOVILIDAD
Revisó y aprobó	*espacio para firma*	Nombre completo: Cargo: Dependencia:	NATALIA ANDREA LONDOÑO GUIRALES DIRECTORA INSPECCION, VIGILANCIA Y CONTROL SECRETARIA DE MOVILIDAD

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			