ALCALDÍA DE ENVIGADO

BPAG_A

## 324 - TRANSFERENCIA ELECTRONICA

**Documento de Pago :** 324 - 202308696 **Fecha : 17-AUG-2023**

**Cuenta Pagadora : 24124489226 - CAJA SOCIAL-AH-G.ADULTO MAYOR**

**Documento de Causación: 202-202306264** **Radicado :** 46744

**Contrato:** ENV-16-09-0498-23 **Acta de pago :** 06

Tercero : 32242467 - LONDOÑO PARRA KARINA

Beneficiario : 32242467 - LONDOÑO PARRA KARINA

| Cuenta Beneficiario | Entidad Financiera | Tipo de Cuenta |
|---|---|---|
| 1010011708 | COLPATRIA | A |

Concepto: ACTA DE PAGO 6 CO ENV-16-09-0498-23 PERIODO 1-31 JUL 2023.PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA BRINDAR ASISTENCIA Y ORIENTACIÓN OPERATIVA EN RELACIÓN CON LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA DE LA DIRECCIÓN DE ENVEJECIMIENTO Y VEJEZ DE LA SECRETARÍA DE BIENESTAR SOCIAL DEL MUNICIPIO DE ENVIGADO.

| Cuenta | | Descripción | Valor |
|---|---|---|---|
| 202 | 202306264 | LONDOÑO PARRA KARINA | 4,403,770.00 |
| | | | **4,403,770.00** |

Elaboró

Revisó

Aprobó

Fecha de Aplicacion: 17-AUG-2023 Usuario: ELIDARRAGA Terminal: ENVIGADO\ALC_TES_PRO

15 AGO 2023

15 AGO 2023

3:10

# ALCALDÍA DE ENVIGADO

## CUENTA POR PAGAR

Beneficiario : LONDOÑO PARRA KARINA | CC-NIT: 32242467 | Fecha: 15-08-2023

Direccion : CR 40 CL 41 SUR 041 | Telefono : 3022435 | Fecha Vencimiento : 15-08-2023

Observacion: ACTA DE PAGO 6 CO ENV-16-09-0498-23 PERIODO 1-31 JUL 2023.PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA BRINDAR ASISTENCIA Y ORIENTACIÓN OPERATIVA EN RELACIÓN CON LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA DE LA DIRECCIÓN DE ENVEJECIMIENTO Y VEJEZ DE LA SECRETARÍA DE BIENESTAR SOCIAL DEL MUNICIPIO DE ENVIGADO.

Valor Bruto : 4,403,770.00

CXP. No. 202 202306264

Factura No. 90

Soporte: CONTRATO No. ENV-16-09-0498-23 06

Tipo Cuenta: A

N. Cta Bancaria: 1010011708 Nombre Entidad Financiera: COLPATRIA

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

| Concepto | Descripcion del Concepto | Valor del Concepto |
|---|---|---|
| 9535 | HONORARIOS CONTRATISTAS | 4,403,770.00 |

**Movimiento Presupuestal**

| RP | Codigo | Fuente | CI | Cta. Financiera | Valor |
|---|---|---|---|---|---|
| 20230574 1 | 2320202008000000004104008831150016300001102010 3 | 3 - 110 | 01 | BBVA AH 5884 | 4,403,770.00 |

**Movimiento Contable**

| Cta. Contable | Descripcion | Tercero | CI | Debito | Credito |
|---|---|---|---|---|---|
| 249054 | Honorarios | 32242467 | 01 | | 4,403,770.00 |
| 55070802 | Honorarios | 32242467 | 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 |
|---|---|---|---|---|
| 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: 46744

ZULEY YELENY ESCOBAR RESTREPO
Elaborado Cuentas por Pagar

LINA MARÍA RESTREPO GARCÉS
Solicitado Por:

WALTER ALBERTO BUSTAMANTE LONDO
Autorizado Por:

16 AGO 2023

9:51 am

REVISADO

Tesorería

6264

Envigado, 01 de agosto de 2023

Alcaldía de Envigado

0046744-0000007-20230802
1600 - 2023/08/02 11:51:33

CUENTA DE COBRO Nº 90
**EL MUNICIPIO DE ENVIGADO**
**NIT N. º 890.907.106-5**
DEBE A:
**KARINA LONDOÑO PARRA**
C.C. 32.242.467 de Envigado (Ant).

La suma de CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS TRES MIL SETECIENTOS SETENTA PESOS M/CTE **($4.403.770)**, concepto de **Acta de pago N.º 06 del contrato N.º ENV-16-09-0498-23**, cuyo objeto es: Prestación de servicios profesionales para brindar asistencia y orientación operativa en relación con la gestión administrativa de la Dirección de Envejecimiento y Vejez de la Secretaría de Bienestar Social del Municipio de Envigado.

Periodo: 01 de julio al 31 de julio de 2023.

Favor consignar estos recursos en la Cuenta de Ahorros N. º 1010011708 de SCOTIABANK COLPATRIA.

Certifico bajo la gravedad de juramento que he cancelado los aportes a la seguridad social correspondiente al mes de **Julio** con el número de planilla N° 7885431536 y fecha de Pago 13/07/2023.

| | |
|---|---|
| Aporte Fondo de Pensiones: | $ 281.900 |
| Aporte Fondo de Salud: | $ 220.200 |
| Asegura de Riesgos Laborales: | $ 9.200 |
| Total seguridad social: | $ 511.300 |

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

1. Soy residente fiscal colombiano de conformidad con el articulo 10 del Estatuto Tributario. Si __X__ NO ___

"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."

9535

Karina Londoño P.

**KARINA LONDOÑO PARRA**
CC 32242467 de Envigado (Ant).
Karina.londono@envigado.gov.co
Tel: 3013970405

## ACTA NUMERO 06

01 de Agosto de 2023

### 1. CONTRATO

| | |
|---|---|
| **CONTRATISTA:** | KARINA LONDOÑO PARRA |
| **NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:** | 32.242.467 |
| **ENTIDAD BANCARIA:** | CITIBANK |
| **TIPO DE CUENTA:** | AHORROS |
| **NÚMERO DE CUENTA:** | 1010011708 |
| **CONTRATO Nº :** | ENV-16-09-0498-23 |
| **FECHA DEL CONTRATO:** | 1 de febrero de 2023 |
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | Prestación de servicios profesionales para brindar asistencia y orientación operativa en relación con la gestión administrativa de la Dirección de Envejecimiento y Vejez de la Secretaría de Bienestar Social del Municipio de Envigado. |
| **PLAZO:** | 318 días |
| **FECHA DE INICIO:** | 1 de febrero de 2023 (Esp. cuando sea urgencia manifiesta) |
| **VALOR CONTRATO VIGENCIA:** | $46.239.585 |
| **VALOR CONT.VIG. FUTURA:** | NA |
| **VALOR IVA:** | NA |
| **VALOR TOTAL:** | $46.239.585 |
| **FORMA DE PAGO:** | **El municipio de Envigado, pagará al contratista el valor del presente contrato de acuerdo al PAC, (Plan Anual de Caja), según los servicios efectivamente prestados. Lo anterior, de conformidad con la Circular 0000000 del 02 de enero de 2023 expedida por la Secretaría de Hacienda y Dirección Financiera y Contable referente a las fecha de cierres contables, vigencia 2023; previa presentación de la cuenta debidamente legalizada, en la cual se presentará 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), previa presentación de su Informe de gestión mensual y certificación del recibo a entera satisfacción por parte del supervisor** |
| **PERIODO A PAGAR:** | 01 al 31 de julio de 2023 |
| | |
| **FECHA DE SUSPENSIÓN:** | NA |
| **FECHA DE REINICIO:** | NA |
| | |
| **ACTA DE ADICION:** | NA |
| **FECHA DE ACTA ADICIÓN:** | NA |
| **VALOR ADICION:** | NA |
| **TIEMPO DE ADICION:** | NA |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO: (Valor contrato más adición)** | $46.239.585 |

**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 Interventoria 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 | 78854315 36 |
| Periodo de cotización | **07-2023** |
| Fecha de pago | **13/07/2023** |
| 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** |

| **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(+)(-) | | | NA |
| 3 | Subtotal (1+2) | | | $4.403.770 |
| 4 | IVA | XX% | | NA |
| 5 | Impuestó al consumo | XX% | | NA |
| 6 | Valor Total Cuota (3+4+5) | | | $4.403.770 |
| 7 | Menos valor Amortización Anticipo= (3x% de anticipo) | XX% | | NA |
| 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 | | | NA |
| 10 | Número de Factura | | | NA |
| 11 | Valor de la Factura | | | NA |
| **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 | NA | | NA |
| Número Identificación | NA | | NA |
| Entidad Bancaria | NA | | NA |
| Tipo de Cuenta | NA | | NA |
| Número de Cuenta | NA | | NA |
| **Valor endosado a Pagar** | NA | | NA |

**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 |
|---|---|---|---|---|---|---|

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 01-110-20230315 | 6/01/2023 | 01-111-20230574 | 1/02/2023 | 2320202008000000 0041040088311500 163000011020103 | 01 | $4.403.770 |

## 8. RESPONSABLES

Para constancia firma:

| | |
|---|---|
| Firma | |
| Nombre del Ordenador del Gasto<br>Cargo | **LINA MARIA RESTREPO GARCÉS**<br>**Secretaria de Bienestar Social** |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Elaboró | | Nombre completo:<br>Cargo:<br>Dependencia: | Yeny Andrea Hernández Maya<br>Directora Envejecimiento y Vejez<br>Secretaría de Bienestar Social |
| Revisó y aprobó | | Nombre completo:<br>Cargo:<br>Dependencia: | Luis Fernando Acevedo Pineda<br>Profesional Universitario -CT<br>Secretaría de 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 establecido 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**