ALCALDÍA DE ENVIGADO

BPAG_A

324 - TRANSFERENCIA ELECTRONICA

Documento de Pago : 324 - 202312784 **Fecha : 16-NOV-2023**

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

Documento de Causación: 202-202309568 **Radicado :** 69058

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

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

Cuenta Beneficiario	Entidad Financiera	Tipo de Cuenta
1010011708	COLPATRIA	A

Concepto: ACTA DE PAGO 9 CO ENV-16-09-0498-23 PERIODO 1-31 OCT 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	202309568	LONDOÑO PARRA KARINA	4,403,770.00
			4,403,770.00

Elaboró

Revisó

Aprobó

Fecha de Aplicacion: 16-NOV-2023 Usuario: JPATINO Terminal: ENVIGADO\ALC_TES_PRO

10 NOV 2023

3:23

ALCALDÍA DE ENVIGADO

CUENTA POR PAGAR

Beneficiario : LONDOÑO PARRA KARINA **CC-NIT:** 32242467 **Fecha:** 10-11-2023

Direccion : CR 40 CL 41 SUR 041 **Telefono :** 3022435 **Fecha Vencimiento :** 10-11-2023

Observacion: ACTA DE PAGO 9 CO ENV-16-09-0498-23 PERIODO 1-31 OCT 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 202309568

Factura No. 93

Tipo Cuenta: A

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

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	C. SOCIAL 9226	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: 69058

CONRADO ANTONIO ESPINOSA ESPINOS — Elaborado Cuentas por Pagar

LINA MARÍA RESTREPO GARCÉS — Solicitado Por:

WALTER ALBERTO BUSTAMANTE LONDO — Autorizado Por

14 NOV 2023

10:05

REVISADO Tesorería

Envigado, 01 de noviembre de 2023

Alcaldía de Envigado
0069058-0000007-20231108
1600 - 2023/11/08 11:18:33

CUENTA DE COBRO N° 93
EL MUNICIPIO DE ENVIGADO
NIT N. ° 890.907.106-5
DEBE A:
KARINA LONDOÑO PARRA
C.C. 32.242.467 de Envigado (Ant).

9535

La suma de CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS TRES MIL SETECIENTOS SETENTA PESOS M/CTE **($4.403.770)**, concepto de **Acta de pago N.° 09 del contrato N.° 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 octubre al 31 de octubre de 2023.

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

Certifico bajo la gravedad de juramento que he cancelado los aportes a la seguridad social correspondiente al mes de OCTUBRE con el número de planilla N° **7896589999** y fecha de Pago 23/10/2023.

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 articulo 383 del ET fuere inferior al acá solicitado."

Karina Londoño P

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

ACTA NUMERO 09

01 de noviembre de 2023

1. CONTRATO

CONTRATISTA:	KARINA LONDOÑO PARRA
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	32.242.467
ENTIDAD BANCARIA:	SCOTIABANK COLPATRIA
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 Secretaria 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:	Del 01 de octubre al 31 de octubre 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 Interventoría y demas 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	7896589999
Periodo de cotización	10-2023
Fecha de pago	23/10/2023
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	Impuesto 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
Numero 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	01 118 20230374	1/02/2023	2320202008000000 0041040088311500 163000011020103	01	$4.403.770

8. RESPONSABLES

Para constancia firma:

Firma	
Nombre del Ordenador de Gasto Cargo	LINA MARIA RESTREPO GARCÉS Secretaria de Bienestar Social

Elaboro		Nombre completo: Cargo: Dependencia	Andrea Hernández Maya Directora Envejecimiento y Vejez Secretaría de Bienestar Social
Revisó y aprobó		Nombre completo Cargo: Dependencia:	Luis Fernando Acevedo Pineda Profesional Universitario -CT Secretaria 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 elaboro, Revisó y aprobo 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