ALCALDÍA DE ENVIGADO

BPAG_A

324 - TRANSFERENCIA ELECTRONICA

Documento de Pago : 324 - 202312658 **Fecha :** 15-NOV-2023

Cuenta Pagadora : 394034615 - BANCO BBVA AHO.INVER. SALUD

Documento de Causación: 202-202309508 **Radicado :** 68419

Contrato: ENV-13-09-0290-23 **Acta de pago :** # 10

Tercero : 34946383 - CALDERON JIMENEZ ADA ESTHER

Beneficiario : 34946383 - CALDERON JIMENEZ ADA ESTHER

Cuenta Beneficiario	Entidad Financiera	Tipo de Cuenta
538053273	BANCO DE BOGOTA	A

Concepto: ACTA DE PAGO 10 CO ENV-13-09-0290-23 PERIODO 1-30 OCT 2023.PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTIÓN PARA LAS ACCIONES RELACIONADAS CON LAS COMPETENCIAS EN SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL A LA DISCAPACIDAD Y SU REHABILITACIÓN, CON EL PROPÓSITO DE FORTALECER LA EJECUCIÓN

Cuenta		Descripción	Valor
202	202309508	CALDERON JIMENEZ ADA ESTHER	4,403,770.00
			4,403,770.00

Elaboró

Revisó

Aprobó

Fecha de Aplicacion: 15-NOV-2023 Usuario: ELIDARRAGA Terminal: ENVIGADOVALC_TES_PRO

10 NOV 2023
10:05

ALCALDÍA DE ENVIGADO

CUENTA POR PAGAR

Beneficiario : CALDERON JIMENEZ ADA ESTHER **CC-NIT:** 34946383 **Fecha:** 09-11-2023

Direccion : CR 74 53 118 **Telefono :** 034-5086389 **Fecha Vencimiento :** 09-11-2023

Observacion: ACTA DE PAGO 10 CO ENV-13-09-0290-23 PERIODO 1-30 OCT 2023.PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTIÓN PARA LAS ACCIONES RELACIONADAS CON LAS COMPETENCIAS EN SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL A LA DISCAPACIDAD Y SU REHABILITACIÓN, CON EL PROPÓSITO DE FORTALECER LA EJECUSIÓN, MONITOREO Y EVALUACIÓN DE LAS INTERVENCIONES A POBLACIÓN CON NECESIDAD DE APOYO EN EL CUIDADO GESTIÓN DEL RIESGO Y DEMÁS ACCIONES DE SALUD PÚBLICA.

Valor Bruto : 4,403,770.00

CXP. No. 202 202309508

Factura No. 27

Tipo Cuenta: A

Soporte CONTRATO No. ENV-13-09-0290-23 # 10

N. Cta Bancaria: 538053273 **Nombre Entidad Financiera:** BANCO DE BOGOTA

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
20230197 5	2320202009000000001905023934110013336741002074 9	3 - 100	01	RP BBVA 4615 FLS	4,403,770.00

Movimiento Contable

Cta. Contable	Descripcion	Tercero	CI	Debito	Credito
249054	Honorarios	34946383	01		4,403,770.00
55021802	Honorarios	34946383	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: 68419

CONRADO ANTONIO ESPINOSA ESPINOS — Elaborado Cuentas por Pagar

SALOME LONDOÑO ZAPATA — Solicitado Por:

WALTER ALBERTO BUSTAMANTE LONDO — Autorizado Por:

10 NOV 2023
2:26

Alcaldía de Envigado
0068419-0000007-20231103
1300 - 2023/11/03 11:15:06

Envigado, 01 de Noviembre de 2023.

CUENTA DE COBRO No. 27

9527

EL MUNICIPIO DE ENVIGADO
NIT. 890907106-5

DEBE A:
ADA ESTHER CALDERON JIMENEZ
C.C. 34946383

LA SUMA DE CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS TRES MIL SETECIENTOS SETENTA PESOS ($4.403.770).

POR CONCEPTO DE

Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión para las acciones relacionadas con las competencias en salud pública y asistencia social a la discapacidad y su rehabilitación, con el propósito de fortalecer la ejecución, monitoreo y evaluación de las intervenciones a población con necesidad de apoyo en el cuidado gestión del riesgo y demás acciones de salud pública ENV-13-09-0290-23, correspondiente al periodo del 1 al 30 de octubre del 2023.

Certifico bajo la gravedad de juramento que he cancelado los aportes a la seguridad social en la planilla N° 9457120081

APORTES A PENSIÓN	$ 281.900
APORTES A SALUD	$ 220.200
APORTE A RIESGOS PROFESIONALES	$ 43.000

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 ____

"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,

Ada Calderón

Ada Esther Calderon Jimenez
C.C. 34946383
Tel: 3127067735
Cuenta Bancaria: **Ahorros BANCO DE BOGOTA No. 538053273**

ACTA NUMERO 10	
3 de noviembre de 2023	
1. CONTRATO	
CONTRATISTA:	ADA ESTHER CALDERON JIMENEZ
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	34.946.383
ENTIDAD BANCARIA:	BANCO DE BOGOTA
TIPO DE CUENTA:	Ahorros
NÚMERO DE CUENTA:	538053273
CONTRATO Nº :	ENV-13-09-0290-23
FECHA DEL CONTRATO:	17 de enero de 2023
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTIÓN PARA LAS ACCIONES RELACIONADAS CON LAS COMPETENCIAS EN SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL A LA DISCAPACIDAD Y SU REHABILITACIÓN, CON EL PROPÓSITO DE FORTALECER LA EJECUCIÓN, MONITOREO Y EVALUACIÓN DE LAS INTERVENCIONES A POBLACIÓN CON NECESIDAD DE APOYO EN EL CUIDADO GESTION DEL RIESGO Y DEMAS ACCIONES DE SALUD PUBLICA.
PLAZO:	348 días
FECHA DE INICIO:	18 de enero de 2023 (Esp. cuando sea urgencia manifiesta)
VALOR CONTRATO VIGENCIA:	$ 50.349.770
VALOR CONT.VIG. FUTURA:	$
VALOR IVA:	$
VALOR TOTAL:	$ 50.349.770
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. 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 al 30 de octubre 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)	$ 50.349.770

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	**9457120081**
Periodo de cotización	**09-2023**

Fecha de pago	31/10/2023
Valor base de cotización	$ 1.761.580
Valor pagado en salud	$ 220.200
Valor pagado en pensión	$ 281.900
Valor pagado ARL según tipo de riesgo	$ 43.000

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(+)(-)		$
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
Dillgenciar 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:

Certificado de disponibilidad presupuestal	Fecha de certificado	Registro de disponibilidad presupuestal	Fecha de registro	Rubro presupuestal	Sec RDP	Valor a ejecutar
01-110-20230155	4/01/2023	01-111-20230197	17/01/2023	2320202009000000 0019050239341100 133367410020749	05	$ 4.403.770

8. RESPONSABLES

Para constancia firma:

Firma	*espacio para firma*
Nombre del Ordenador del Gasto Cargo	**SALOMÉ LONDOÑO ZAPATA** **Secretaria de Salud**

Elaboró	*espacio para firma*	Nombre completo: Cargo: Dependencia:	Edison Restrepo Salazar Auxiliar Administrativo Secretaría de Salud
Revisó y aprobó	*espacio para firma*	Nombre completo: Cargo: Dependencia:	José Andres Hurtado Aristizabal Profesional Universitario Secretaría de Salud

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