ALCALDÍA DE ENVIGADO

BPAG_A

324 - TRANSFERENCIA ELECTRONICA

Documento de Pago : 324 - 20241326 **Fecha :** 14-FEB-2024

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

Documento de Causación: 202-202400145 **Radicado :** 4497

Contrato: ENV-11-09-0256-24 **Acta de pago :** 1

Tercero : 21527275 - RAMIREZ AGUDELO SARA CATALINA

Beneficiario : 21527275 - RAMIREZ AGUDELO SARA CATALINA

Cuenta Beneficiario	Entidad Financiera	Tipo de Cuenta
43635288133	BANCOLOMBIA	A

Concepto: ACTA DE PAGO 1 CO ENV-11-09-0256-24 PERIODO 4-31 ENE 2024 PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES EN DERECHO PARA APOYAR A LA DIRECCION DE COMPRAS DE LA SECRETARIA GENERAL DEL MUNICIPIO DE ENVIGADO EN LA GESTION DE PROCESOS CONTRACTUALES Y OTROS PROCESOS PROPIOS DE LA DIRECCION

Cuenta		Descripción	Valor
202	202400145	RAMIREZ AGUDELO SARA CATALINA	4,408,879.00
			4,408,879.00

Elaboró

Revisó

Aprobó

Fecha de Aplicacion: 14-FEB-2024 Usuario: ELIDARRAGA Terminal: ENVIGADOALC_TES_PRO

ALCALDÍA DE ENVIGADO

12 FEB 2024
12:02

CUENTA POR PAGAR

Beneficiario : RAMIREZ AGUDELO SARA CATALINA — CC-NIT: 21527275 — Fecha: 09-02-2024

Direccion : DG 33 A 34 E SUR 06 AP 2011 — Telefono : 034-2705291 — Fecha Vencimiento : 09-02-2024

Observacion: ACTA DE PAGO 1 CO ENV-11-09-0256-24 PERIODO 4-31 ENE 2024.PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES EN DERECHO PARA APOYAR A LA DIRECCION DE COMPRAS DE LA SECRETARIA GENERAL DEL MUNICIPIO DE ENVIGADO EN LA GESTION DE PROCESOS CONTRACTUALES Y OTROS PROCESOS PROPIOS DE LA DIRECCION

Valor Bruto : 4,408,879.00

CXP. No. 202 202400145

Factura No. 40

Soporte : CONTRATO No. ENV-11-09-0256-24 1

Tipo Cuenta: A

N. Cta Bancaria: 43635288133 — Nombre Entidad Financiera: BANCOLOMBIA

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

Concepto	Descripcion del Concepto	Valor del Concepto
9521	HONORARIOS CONTRATISTAS - FUNCIONAMIENTO	4,408,879.00

Movimiento Presupuestal

RP	Codigo	Fuente	CI	Cta. Financiera	Valor
20240047 1	21202020080000000000000008212000113040010000002	3 - 100	01		4,408,879.00

Movimiento Contable

Cta. Contable	Descripcion	Tercero	CI	Debito	Credito
249054	Honorarios	21527275	01		4,408,879.00
51117902	Honorarios - Personas Naturales	21527275	01	4,408,879.00	

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 : $ 4,408,879.00 CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS OCHO MIL OCHOCIENTOS SETENTA Y NUEVE PESO(S) CON 0/100 M/CTE

ESTADO ACTIVO.

SALDO :$ 4,408,879.00

RADICADO: 4497

ZULEY YELENY ESCOBAR RESTREPO
Elaborado Cuentas por Pagar

LUIS FELIPE ROSSO RICAUTE
Solicitado Por:

WALTER ALBERTO BUSTAMANTE LONDO
Autorizado Por:

13 FEB 2024
11:20

REVISADO
Tesoreria

0045

Alcaldía de Envigado
0004497-0000007-20240201
1100 - 2024/02/01 14:14:32

Envigado, 01 de febrero de 2024.

CUENTA DE COBRO N. º 040-2024

MUNICIPIO DE ENVIGADO
NIT: 890.907.106-5
DEBE A:

SARA CATALINA RAMIREZ AGUDELO
C.C 21.527.275

La suma de: **CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS OCHO MIL OCHOCIENTOS SETENTA Y NUEVE PESOS M/CTE ($4.408.879), NO RESPONSABLE DE IVA** por concepto de Acta de Pago N°01 correspondiente al contrato **ENV-11-09-0256-24**, cuyo objeto es la "**Prestación de servicios profesionales en derecho para apoyar a la dirección de compras de la secretaría general del municipio de envigado en la gestión de procesos contractuales y otros procesos propios de la dirección**".

Periodo: Del 04 de enero al 31 de enero de 2024.
Anexo el informe de gestión contratistas del periodo de la referencia.

He cancelado los aportes a la seguridad social mediante Planilla de Pago Nr.**67951771**, correspondiente al mes de Enero discriminado así y con fecha de pago el 12 de enero de 2024:

EPS:	$245.000
Fondo pensiones:	$313.600
ARL:	$ 10.300
Total Pagado:	**$.568.900**

"Bajo 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 renta:***
   SI __X__ ***NO*** ____
3. ***Sobre los ingresos recibidos, por la ejecución del presente contrato, incurro en costos y gastos que serán imputados en mi declaración de renta 2024:***
   SI ____ ***NO*** __X__

   Solicito por favor aplicar a esta cuenta de cobro un porcentaje de retención en la fuente del ***0%*** *esto siempre y cuando que el porcentaje resultante de la aplicación del procedimiento establecido en el artículo 383 del ET fuere inferior al acá solicitado.*
4. ***Pertenezco al régimen simple de Tributación:***
   SI ____ ***NO*** __X__

Solicito que estos valores sean pagados en la cuenta de ahorros número **43635288133** de **BANCOLOMBIA.**

SARA CATALINA RAMIREZ AGUDELO
CC. 21.527.275

COPIA CONTROLADA

ACTA NUMERO 01	
01 de febrero de 2024	
1. CONTRATO	
CONTRATISTA:	SARA CATALINA RAMIREZ AGUDELO
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	C.C 21.527.275
ENTIDAD BANCARIA:	BANCOLOMBIA
TIPO DE CUENTA:	AHORRO
NÚMERO DE CUENTA:	43635288133
CONTRATO N° :	ENV-11-09-0256-24
FECHA DEL CONTRATO:	04 de enero de 2024
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestación de servicios profesionales en derecho para apoyar a la Dirección de Compras de la Secretaría General del Municipio de Envigado en la gestión de procesos contractuales y otros procesos propios de la Dirección
PLAZO:	304 días
FECHA DE INICIO:	04 de enero de 2024
VALOR CONTRATO VIGENCIA:	$48.824.258
VALOR CONT.VIG. FUTURA:	N/A
VALOR IVA:	N/A
VALOR TOTAL:	$48.824.258
FORMA DE PAGO:	El Municipio de Envigado pagará al contratista el valor del presentecontrato 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 deacuerdo al plazo establecido en el contrato. En todo caso se pagará deacuerdo a la ejecución. Parágrafo 1: La FACTURA O CUENTA DE COBRO deberá estar acompañada de la certificación que acredite que se encuentra a paz ysalvo 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 radicaciónde la factura o cuenta de cobro, para realizar cada desembolso.
PERIODO A PAGAR:	04 DE ENERO AL 31 DE ENERO DE 2024
FECHA DE SUSPENSIÓN:	N/A
FECHA DE REINICIO:	N/A
ACTA DE ADICION N°1:	N/A
FECHA DE ACTA ADICIÓN N°1:	N/A
VALOR ADICION N°1:	N/A
TIEMPO DE ADICION N°1:	N/A
VALOR TOTAL DEL CONTRATO: (Valor contrato más adición)	$48.824.258 NO RESPONSABLE DE IVA

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 conformidadcon 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	67951771
Periodo de cotización	Enero-2024
Fecha de pago	12/01/2024
Valor base de cotización	$1.959.502
Valor pagado en salud	$245.000
Valor pagado en pensión	$313.600
Valor pagado ARL según tipo de riesgo	$10.300

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		$4.408.879
2	Glosa(+)(-)		N/A
3	Subtotal (1+2)		$4.408.879
4	IVA	XX%	N/A
5	Impuesto al consumo	XX%	N/A
6	Valor Total Cuota (3+4+5)		$4.408.879
7	Menos valor Amortización Anticipo= (3x% de anticipo)	XX%	N/A
8	Valor a Pagar del Acta (6-7)		$4.408.879
Diligenciar los campos 9 – 10 – 11 solo si hay compensación			
9	Tipo de Impuesto		N/A
10	Número de Factura		N/A

11	Valor de la Factura	N/A
Valor total a pagar al contratista (8-11)		N/A

6. ENDOSO DEL PAGO

DILIGENCIAR SOLO SI TIENE ENDOSO

	Beneficiario Pago (1)	Beneficiario Pago (2)
Nombre	N/A	N/A
Número Identificación	N/A	N/A
Entidad Bancaria	N/A	N/A
Tipo de Cuenta	N/A	N/A
Número de Cuenta	N/A	N/A
Valor endosado a Pagar	N/A	N/A

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
01-110-20240074	04/01/2024	01-111-20240047	04/01/2024	212020200800000000000000082120001130 40010000002	01	$4.408.879

8. RESPONSABLES

Para constancia firma:

Firma	*Espacio para firma*
Nombre del Ordenador del Gasto Cargo	**LUIS FELIPE ROSSO RICAUTE** **Secretario de Despacho** **Secretaría General**

Elaboró	*Espacio para firma*	Nombre completo: Cargo: Dependencia:	ANDRÉS FELIPE GÓEZ PAREJA Profesional Universitario Dirección de Compras
Revisó y aprobó	*Espacio para firma*	Nombre completo: Cargo: Dependencia:	MÓNICA MARTINEZ GOMEZ Directora Técnica Secretaría General

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	N/A	Número Documento Entrada	N/A
		Número Documento de Salida	N/A
Aplica para contratos de obra y compras			