ALCALDÍA DE ENVIGADO

BPAG_A

324 - TRANSFERENCIA ELECTRONICA

Documento de Pago : 324 - 20240644 **Fecha :** 24-JAN-2024

Cuenta Pagadora : 39401198-5 - BANCO BBVA AHO.SALUD-PUBLI

Documento de Causación: 202-202311671 **Radicado :** 77227

Contrato: ENV-13-30-0648-23_1 **Acta de pago :** # 05

Tercero : 900673722 - PREVENTIVA SALUD S.A.S

Beneficiario : 900673722 - PREVENTIVA SALUD S.A.S

Cuenta Beneficiario	Entidad Financiera	Tipo de Cuenta
36089354824	BANCOLOMBIA	A

Concepto: ACTA PAGO 5 CO:ENV-13-30-0648-23_1 PERIODO 1 OCT-15 DIC 2023.PRESTAR SERVICIOS ODONTOLOGICOS A LA POBLACIÓN POBRE Y VULNERABLE DEL MUNIICPIO DE ENVIGADO- COMPRA

Cuenta		Descripción	Valor
202	202311671	PREVENTIVA SALUD S.A.S	1,458,337.00
			1,458,337.00

Elaboró

Revisó

Aprobó

Fecha de Aplicacion: 24-JAN-2024 Usuario: JPATINO Terminal: ENVIGADO\ALC_TES_TAQ

12 6 DIC 2023

11:19 pm

ALCALDÍA DE ENVIGADO

CUENTA POR PAGAR

Beneficiario : PREVENTIVA SALUD S.A.S — CC-NIT: 900673722 — Fecha: 22-12-2023

Direccion : CL 34 B 65 D 46 — Telefono : 313-8057287 — Fecha Vencimiento : 22-12-2023

Observacion: ACTA PAGO 5 CO:ENV-13-30-0648-23_1 PERIODO 1 OCT-15 DIC 2023.PRESTAR SERVICIOS ODONTOLOGICOS A LA POBLACIÓN POBRE Y VULNERABLE DEL MUNIICPIO DE ENVIGADO- COMPRA — Valor Bruto : 1,676,250.00

CXP. No. 202 202311671

Soporte : CONTRATO No. ENV-13-30-0648-23_1 # 05 — Factura No. FE 33816

N. Cta Bancaria: 36089354824 — 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
9991	HONORARIOS PERSONA JURIDICA SEC SALUD	1,676,250.00

Movimiento Presupuestal

RP	Codigo	Fuente	CI	Cta. Financiera	Valor
20231949 1	2320202009000000001905023931230013307021002017 3	3 - 100	01	RP BBVA 1985 FLS	1,676,250.00

Movimiento Contable

Cta. Contable	Descripcion	Tercero	CI	Debito	Credito
13058802	Estampillas Adulto Mayor	900673722	01	33,525.00	
13058802	Estampillas Adulto Mayor	900673722	01		33,525.00
24360303	Honorarios personas juridicas	900673722	01		184,388.00
249054	Honorarios	900673722	01		1,458,337.00
41057689002	Estampilla Adulto Mayor	900673722	01		33,525.00
55020528	Honorarios	900673722	01	1,676,250.00	

Legalizacion de Anticipos en la Causacion

Código	No. Contrato	Valor Legalizado	Saldo por Legalizar	Fecha

Cargos y Retenciones en la Causacion

Concepto	%	Cargos	Retenciones	Valor Base
RETEFUENTE HONORARIOS PERSONAS JURIDICAS	11	.00	184,388.00	1,676,250.00
ESTAMPILLA ADULTO MAYOR	2	.00	33,525.00	1,676,250.00
Total Cargos y Retenciones :		.00	217,913.00	

Deducciones en el Pago

Concepto	%	Retención	Valor Base

Total Deducciones :

NETO A PAGAR : $ 1,458,337.00 — UN MILLON CUATROCIENTOS CINCUENTA Y OCHO MIL TRESCIENTOS TREINTA Y SIETE PESO(S) CON 0/100 M/CTE

ESTADO ACTIVO.

SALDO :$ 1,458,337.00

RADICADO: 77227

CONRADO ANTONIO ESPINOSA ESPINOS	SALOME LONDOÑO ZAPATA	WALTER ALBERTO BUSTAMANTE LONDO
Elaborado Cuentas por Pagar	Solicitado Por:	Autorizado Por

12 6 DIC 2023

3:05 pm

REVISADO

Tesorería

Alcaldía de Envigado

0077227-0000007-20231214
1300 - 2023/12/14 07:40:04

PREVENTIVA SALUD S.A.S.
NIT: 900,673,722- 1
CALLE34B 65D 34 Teléfono: 3009976245
Medellín - Colombia

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES, NI AUTORETENEDORES, NI RESPONSABLES DE IVA.

FECHA Y HORA DE EXPEDICIÓN FACTURA DIAN : 2023-12-11 / 11:26:16

Factura Electrónica de Venta No. FE 33816

Fecha Factura: 11 / 12 / 2023
Fecha Vencimiento: 11 / 1 / 2024

9991
1/9
241

Información del Cliente		Datos del Paciente	
Nombre	MUNICIPIO DE ENVIGADO	**Nombre**	
NIT	890907106	**Doc. Identi**	
Dirección	MUNICIPIO DE ENVIGADO ENVIGADO	**Regimen**	
Teléfono	6043394000 / 018000429800	**Autorización**	
IPS	PREVENTIVA SALUD S.A.S.		

Facturador TORRES CALVO JAIME ANDRES **E-mail:** facturacion1@preventivaips.com.co

NO.	UNI.	CÓDIGO	NOMBRE	CANT	V/R UNIT	V/R ENTIDAD
1	WSD	890204	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OTRAS ESPECIALIDADES EN ODONTOLOGIA	50	33,525.00	1,676,250.00

vala 20-DIC 8:39am

+ TOTAL GENERAL DE SERVICIOS PRESTADOS	1,676,250.00
- CUOTA MODERADORA/COPAGO/RECUPERACIÓN	0.00
VALOR TOTAL A PAGAR (ENTIDAD)	**1,676,250.00 COP**

TOTAL UN MILLON SEISCIENTOS SETENTA Y SEIS MIL DOSCIENTOS CINCUENTA PESOS.

Medios de Pago

Método de Pago	Medio de Pago	Fecha de Vencimiento	Transferencia Bancaria
CREDITO	Acuerdo mutuo	11/01/2024	**Si el pago se realiza por consignación, por favor enviar el comprobante de la misma a contabilidad@preventivaips.com.co**

No de líneas: 1 Cantidad de Items: 50

Si el pago se hace por tranferencia desde una cuenta a nombre del cliente no se requeire el envio.

TORRES CALVO JAIME ANDRES

ELABORO **FIRMA Y HUELLA PACIENTE** **REVISADO POR**

FACTURACIÓN ELECTRÓNICA SEGÚN AUTORIZACION NÚMERO 18764053501529 DEL10/08/2023 HASTA EL 10/08/2024 DE LA FE 27636 A LA FE 50000

CUFE: 3bf38e00370ed105c2f6cc528ef28a066e9da33e546e8c325ea5f5b59a2a9d18bc44502f2433e7387e46ecf01d2376ea

REPRESENTACION GRAFICA FACTURA ELECTRONICA DE VENTA

Factura generada por PREVENTIVA SALUD S.A.S. Nit 900673722. Software MyProcess, EQUAL TECH SAS. 900.668.139-7, www.equaltech.co. Operador Tecnológico: Cadena S.A 890.930.534-0

ORIGINAL
ORIGINAL CLIENTE

ACTA NUMERO 05

13 de diciembre de 2023

1. CONTRATO

CONTRATISTA:	PREVENTIVA SALUD SAS
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	900673722
ENTIDAD BANCARIA:	BANCOLOMBIA
TIPO DE CUENTA:	Ahorro
NÚMERO DE CUENTA:	36089354824
CONTRATO Nº :	ENV-13-30-0648-23_1
FECHA DEL CONTRATO:	18 de mayo de 2023
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS ODONTOLOGICOS A LA POBLACIÓN POBRE Y VULNERABLE DEL MUNIICPIO DE ENVIGADO
PLAZO:	192 Dias
FECHA DE INICIO:	25 de mayo de 2023 (Esp. cuando sea urgencia manifiesta)
VALOR CONTRATO VIGENCIA:	$ 100.000.000
VALOR CONT.VIG. FUTURA:	$
VALOR IVA:	$
VALOR TOTAL:	$ 100.000.000
FORMA DE PAGO: 8346 190 109 181 213	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 hábiles siguientes a la fecha de radicación de la factura, para realizar cada desembolso.
PERIODO A PAGAR:	Del 01 de octubre al 15 de diciembre 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)**	$ 100.000.000

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		$ 1.676.250
2	Glosa(+)(-)		$
3	Subtotal (1+2)		$ 1.676.250
4	IVA	XX%	$
5	Impuesto al consumo	XX%	$
6	Valor Total Cuota (3+4+5)		$ 1.676.250
7	Menos valor Amortización Anticipo= (3x% de anticipo)	XX%	$
8	Valor a Pagar del Acta (6-7)		$ 1.676.250
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)			$ 1.676.250

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
01-110-20230513	17/01/2023	01-111-20231949	25/05/2023	2320202009000000 0019050239312300 133070210020173	01	$ 1.676.250

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:	Lina Marcela Montoya Mejia Auxiliar Administrativa Secretaria de Salud
Revisó y aprobó	*espacio para firma*	Nombre completo: Cargo: Dependencia:	Jose Andres Hurtado Profesional Universitario Secretaria 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 compos 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	**John Arley Rodas Serna**	**Número Documento Entrada**	N/A
		Número Documento de Salida	N/A

Aplica para contratos de obra y compras