ALCALDÍA DE ENVIGADO

BPAG_A

324 - TRANSFERENCIA ELECTRONICA

Documento de Pago : 324 - 20246291 **Fecha :** 24-JUN-2024

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

Documento de Causación: 202-202404011 **Radicado :** 35505

Contrato: ENV-13-09-0004-24 **Acta de pago :** # 05 Y FINAL

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 5 CO ENV-13-09-0004-24 PERIODO 1-19 MAY 2024.DESARROLLAR ACCIONES PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE VIDA DE LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA POR ENFERMEDAD O DISCAPACIDAD, SUS CUIDADORES Y FAMILIA A TRAVÉS DEL COMPAÑAMIENTO, CUIDADO Y FORTALECIMIENTO DE LAS REDES DE APO

Cuenta		Descripción	Valor
202	202404011	CALDERON JIMENEZ ADA ESTHER	3,102,545.00
			3,102,545.00

Elaboró

Revisó

Aprobó

Fecha de Aplicacion: 24-JUN-2024 Usuario: ELIDARRAGA Terminal: ENVIGADO\ALC_TES_PRO

ALCALDÍA DE ENVIGADO

18 JUN 2024
4.13 pm

CUENTA POR PAGAR

Beneficiario : CALDERON JIMENEZ ADA ESTHER **CC-NIT:** 34946383 **Fecha:** 18-06-202

Direccion : CR 74 53 118 **Telefono :** 034-5086389 **Fecha Vencimiento :** 18-06-202

Observacion: ACTA DE PAGO 5 CO ENV-13-09-0004-24 PERIODO 1-19 MAY 2024.DESARROLLAR ACCIONES PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE VIDA DE LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA POR ENFERMEDAD O DISCAPACIDAD, SUS CUIDADORES Y FAMILIA A TRAVÉS DEL COMPAÑAMIENTO, CUIDADO Y FORTALECIMIENTO DE LAS REDES DE APOYO FAMILIAR Y COMUNITARIO PRESENTES EN ZONA 2,3, 5, 6, 7, 8 ,9 Y 12

Valor Bruto : 3,102,545.0

CXP. No. 202 202404011

Factura No. 34

Tipo Cuenta: A

Soporte : CONTRATO No. ENV-13-09-0004-24 # 05 Y FINAL

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	2,022,049.0
9527	HONORARIOS CONTRATISTAS - SECTOR SALUD	714,127.0
9527	HONORARIOS CONTRATISTAS - SECTOR SALUD	366,369.0

Movimiento Presupuestal

RP	Codigo	Fuente	CI	Cta. Financiera	Valor
20240187 2	2320202009000000001905023934110013336741002074	3 - 100	01	RP BBVA 1985 FLS	2,022,049.0
20240187 3	2320202009000000001905023934110013336741002074	3 - 100	01	RP BBVA 1985 FLS	714,127.0
20240187 4	2320202009000000001905023934110013336741002074	3 - 100	01	RP BBVA 1985 FLS	366,369.0

Movimiento Contable

Cta. Contable	Descripcion	Tercero	CI	Debito	Credito
249054	Honorarios	34946383	01		714,127.0
249054	Honorarios	34946383	01		2,022,049.0
249054	Honorarios	34946383	01		366,369.0
55021802	Honorarios	34946383	01	714,127.00	
55021802	Honorarios	34946383	01	2,022,049.00	
55021802	Honorarios	34946383	01	366,369.00	

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 : $ 3,102,545.00 TRES MILLONES CIENTO DOS MIL QUINIENTOS CUARENTA Y CINCO PESO(S) CON 0/100 M/CTE

ESTADO ACTIVO.

SALDO :$ 3,102,545.00

RADICADO: 35505

ZULEY YELENY ESCOBAR RESTREPO
Elaborado Cuentas por Pagar

SALOME LONDOÑO ZAPATA
Solicitado Por:

REVISADO

RUBEN DARIO MUÑOZ BERRIO
Autorizado Por:

Cuenta corriente

4011

Alcaldía de Envigado
0035505-0000007-20240614
1300 - 2024/06/14 16:17:10

Envigado, 14 de junio de 2024

Cuenta de cobro No. 34
El Municipio de Envigado
NIT 890.907.106-5

DEBE A:
ADA ESTHER CALDERON JIMENEZ
C.C. 34946383 de San Marcos (Sucre)

TRES MILLONES CIENTO DOS MIL QUIENTOS CUARENTA Y CINCO PESOS
LA SUMA DE **($3.102.545)**

Por concepto de:

Desarrollar acciones para el mejoramiento de la calidad de vida de las personas en situación de dependencia por enfermedad o discapacidad, sus cuidadores y familia a través del acompañamiento, cuidado y fortalecimiento de las redes de apoyo familiar y comunitario presentes en zona 2,3, 5, 6, 7, 8 ,9 y 12 No. **ENV-13-09-0004-24**, correspondientes a las fechas del 1 al 19 de mayo de 2024

Certifico Bajo la Gravedad de juramento que he cancelado los aportes a la seguridad social en las planillas N° 9467436401 y 9468268055 del mes de mayo.

Aportes a pensión	$ 209,100
Aportes a salud	$ 163,300
Aporte a riesgos profesionales	$ 33,500

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____
2. Soy declarante de renta:
   (Marque una sola opción) SI X NO____

9527

3. Sobre los ingresos percibidos, por la ejecución del presente contrato, incurro en costos y gastos que serán imputados en mi declaración de renta 2024:
(Marque una sola opción) SI ____ NO X

4. Pertenezco al Régimen simple de tributación:
(Marque una sola opción) SI ____ NO X

Si su respuesta al numeral 3 es NO, favor completar:

"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 E Calderon

ADA ESTHER CARLDERON JIMENEZ
C.C. 34946383
Cuenta Bancaria: Ahorros BANCO DE BOGOTA No. 538053273

ACTA NUMERO 05

14 de junio de 2024

1. CONTRATO

CONTRATISTA:	ADA ESTHER CALDERON JIMENEZ
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	34.946.383
ENTIDAD BANCARIA:	BANCO DE BOGOTA
TIPO DE CUENTA:	Ahorro
NÚMERO DE CUENTA:	538053273
CONTRATO Nº :	ENV-13-09-0004-24
FECHA DEL CONTRATO:	16 de enero de 2024
OBJETO DEL CONTRATO:	DESARROLLAR ACCIONES PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE VIDA DE LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA POR ENFERMEDAD O DISCAPACIDAD, SUS CUIDADORES Y FAMILIA A TRAVÉS DEL COMPAÑAMIENTO, CUIDADO Y FORTALECIMIENTO DE LAS REDES DE APOYO FAMILIAR Y COMUNITARIO PRESENTES EN ZONA 23, 5, 6, 7, 8 ,9 Y 12
PLAZO:	334 Días
FECHA DE INICIO:	18 de enero de 2024 (Esp. cuando sea urgencia manifiesta)
VALOR CONTRATO VIGENCIA:	$ 53.723.013
VALOR CONTRATO VIG. FUTURA:	$
VALOR IVA:	$
VALOR TOTAL:	$ 53.723.013
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 19 de mayo de 2024
FECHA DE SUSPENSIÓN:	Día de mes de año
FECHA DE REINICIO:	Día de mes de año
ACTA DE ADICION:	
FECHA DE ACTA ADICIÓN:	Día de mes de año
VALOR ADICION:	$
TIEMPO DE ADICION:	X meses.
VALOR TOTAL DEL CONTRATO: (Valor contrato más adición)	$ 53.723.013

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 numero	**94667436401 - 9468268055**
Periodo de cotización	**05-2024**
Fecha de pago	**21/05/2024**
Valor base de cotización	**$ 1.958.302**
Valor pagado en salud	**$ 163.300**

Valor pagado en pensión	**$ 209.100**
Valor pagado ARL según tipo de riesgo	**$ 33.500**
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		$ 3.102.545
2	Glosa(+)(-)		$ -
3	Subtotal (1+2)		$ 3.102.545
4	IVA	X X %	$
5	Impuesto al consumo	X X %	$
6	Valor Total Cuota (3+4+5)		$ 3.102.545
7	Menos valor Amortización Anticipo= (3x% de anticipo)	X X %	$
8	Valor a Pagar del Acta (6-7)		$ 3.102.545
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)			**$ 3.102.545**

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
01-110-20240237	10/01/2024	01-111-20240187	16/01/2024	23202020090000000001905023934110013336741002074	C2	$ 2.022.049
01-110-20240237	10/01/2024	01-111-20240187	16/01/2024	23202020090000000001905023934110013336741002074	C3	$ 714.127
01-110-20240237	10/01/2024	01-111-20240187	16/01/2024	23202020090000000001905023934110013336741002074	C4	$ 366.369

EJECUCIÓN ACUMULADA DEL CONTRATO POR RUBRO PRESUPUESTAL:

Registro de Disponibilidad presupuestal	Rubro presupuestal	Valor total registro por cada rubro (A)	Valor ejecutado incluyendo este acta (B)	Valor ajuste (C) (C = A - B)	Autoriza ajuste	
					SI	NO
01-111-20240187	232020200900000000190502394110013336741002074 2	$ 9.500.000	$ 9.500.000	$ (C = A - B)	☐	☐
01-111-20240187	232020200900000000190502394110013336741002074 4	$ 9.500.000	$ 9.500.000	$ (C = A - B)	☐	☐
01-111-20240187	232020200900000000190502394110013336741002074 5	$ 714.127	$ 714.127	$ (C = A - B)	☐	☐
01-111-20240187	232020200900000000190502394110013336741002074 7	$ 366.369	$ 366.369	$ (C = A - B)	☐	☐
01-111-20240187	232020200900000000190502394110013336741002074 8	$ 9.500.000	$ 0	$ 9.500.000	☒	☐
01-111-20240187	232020200900000000190502394110013336741002074 9	$ 9.500.000	$ 0	$ 9.500.000	☒	☐
01-111-20240187	232020200900000000410400894110016317001002025 0	$ 5.508.886	$ 0	$ 5.508.886	☒	☐

8. RESPONSABLES

Para constancia firma:

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

Elaboró		Nombre completo: Cargo: Dependencia:	Lina Marcela Montoya Mejia Auxiliar Administrativa Secretaría de Salud
Revisó y aprobó		Nombre completo: Cargo: Dependencia:	Cesar Camilo Mesa Velez Dir. Salud Pública 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-055*

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