ALCALDÍA DE ENVIGADO

BPAG_A

324 - TRANSFERENCIA ELECTRONICA

Documento de Pago : 324 - 20246852 **Fecha : 08-JUL-2024**

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

Documento de Causación: 202-202404368 **Radicado :** 36614

Contrato: ENV-13-32-0635-24 **Acta de pago :** 01

Tercero : 901469146 - MALU ASISTENCIA VETERINARIA S.A.S.

Beneficiario : 901469146 - MALU ASISTENCIA VETERINARIA S.A.S.

Cuenta Beneficiario	Entidad Financiera	Tipo de Cuenta
24119803990	BANCO CAJA SOCIAL	A

Concepto: ACTA PAGO 1 CO ENV-13-32-0635-24 PERIODO MAR MAY 2024 REALIZAR ACCIONES DE PROMOCIÓN, PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS ZOONOSIS, ESPECIALMENTE LA RABIA, MEDIANTE LA VACUNACIÓN DE CANINOS Y FELINOS DEL MUNICIPIO DE ENVIGADO

Cuenta		Descripción	Valor
202	202404368	MALU ASISTENCIA VETERINARIA S.A.S.	9,048,000.00
			9,048,000.00

Elaboró

Revisó

Aprobó

Fecha de Aplicacion 08-JUL-2024 Usuario: ELIDARRAGA Terminal: ENVIGADO\ALC_TES_PRO

27 JUN 2024
4:26 pm

ALCALDÍA DE ENVIGADO

CUENTA POR PAGAR

Beneficiario : MALU ASISTENCIA VETERINARIA S.A.S. CC-NIT: 901469146 - 9 Fecha: 26-06-2024

Direccion : CR 33 62 46 Telefono : 318-4228593 Fecha Vencimiento : 26-06-2024

Observacion: ACTA PAGO 1 CO ENV-13-32-0635-24 PERIODO MAR MAY 2024 REALIZAR ACCIONES DE PROMOCIÓN, PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS ZOONOSIS, ESPECIALMENTE LA RABIA, MEDIANTE LA VACUNACIÓN DE CANINOS Y FELINOS DEL MUNICIPIO DE ENVIGADO

Valor Bruto : 10,400,000.00

CXP. No. 202 202404368

Factura No. MM 1053

Soporte : CONTRATO No. ENV-13-32-0635-24 01

Tipo Cuenta:

N. Cta Bancaria: ACTA Nombre Entidad Financiera:

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

Concepto	Descripcion del Concepto	Valor del Concepto
9991	HONORARIOS PERSONA JURIDICA SEC SALUD	10,400,000.00

Movimiento Presupuestal

RP	Codigo	Fuente	CI	Cta. Financiera	Valor
20241209 1	2320202008000000001905024835100013342021002011 6	3 - 100	01	RP BBVA 1985 FLS	10,400,000.00

Movimiento Contable

Cta. Contable	Descripcion	Tercero	CI	Debito	Credito
13058802	Estampillas Adulto Mayor	901469146	01	208,000.00	
13058802	Estampillas Adulto Mayor	901469146	01		208,000.00
24360303	Honorarios personas juridicas 11%	901469146	01		1,144,000.00
249054	Honorarios	901469146	01		9,048,000.00
41057689002	Estampilla Adulto Mayor	901469146	01		208,000.00
55020528	Honorarios	901469146	01	10,400,000.00	

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
RETEFUENTE HONORARIOS PERSONAS JURIDICAS	11	.00	1,144,000.00	10,400,000.00
ESTAMPILLA ADULTO MAYOR	2	.00	208,000.00	10,400,000.00
Total Cargos y Retenciones :		.00	1,352,000.00	

Deducciones en el Pago

Concepto	%	Retención	Valor Base

Total Deducciones :

NETO A PAGAR : $ 9,048,000.00 NUEVE MILLONES CUARENTA Y OCHO MIL PESO(S) CON 0/100 M/CTE

ESTADO ACTIVO.

SALDO :$ 9,048,000.00

RADICADO: 36614

CONRADO ANTONIO ESPINOSA ESPINOS
Elaborado Cuentas por Pagar

SALOME LONDOÑO ZAPATA
Solicitado Por:

RUBEN DARIO MUÑOZ BERRIO
Autorizado Por:

REVISADO
Tesorería

MALU ASISTENCIA VETERINARIA S.A.S

FACTURA ELECTRONICA
DE VENTA N° MM1063

LEYDI JOHANA DUARTE MEZA
Nit : 901469146-9
Dirección:CARRERA 33 # 62-46 SANTANDER - BUCARAMANGA
Correo : maluasistenciavet@gmail.com
Teléfono : 3184228593 -
Responsable de IVA.
Vendedor: lyda

fecha 2024-06-18 09:41:12

Autorización de numeración DIAN N° 18764064897931 prefijo MM desde la 1000 hasta 1100 vigencia, del 2024-02-02 hasta el 2025-02-02

Fecha de emision :	2024-06-18 09:41:06		
Cliente :	MUNICIPIO DE ENVIGADO	Pago :	Contado - Transferencia Débito Interbancario
Identificacion :	890907106 - 5	Correo :	financiera@envigado.gov.co
Dirección :	CR 43 38 SUR 35 Santander - Bucaramanga	Telefono :	3394024

N°	Codigo	Descripción	Cantidad	V unit	Base	Total Neto
1	001620	JORNADA DE VACUNACIÓN PUNTO FIJO	13.00	800,000.00	800,000.00	10,400,000.00

Alcaldía de Envigado
003661 4-0000007-20240619
1300 - 2024/06/19 15:23:36

ITEMS	1 de 1
SUBTOTAL BRUTO	10,400,000.00
TOTAL FACTURA:	10,400,000.00

Comentarios:

JORNADAS DE VACUNACIÓN PUNTO FIJO PARA EL MUNICIPIO DE ENVIGADO DE MARZO A MAYO DE 2024

Valor en Letras : Diez millones cuatrocientos mil pesos.

Cufe : 0f2ce2e9369854e950c255f965881577969713dfb38855d54d0a41a3eaca8bf640ae700fb09aabb58f4f5c0d9d22ae59

Términos y condiciones

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta elComprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título.

ACTA NUMERO 01	
18 de junio de 2024	
1. CONTRATO	
CONTRATISTA:	MALU ASISTENCIA VETERINARIA S.A.S.
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	901469146
ENTIDAD BANCARIA:	BANCO CAJA SOCIAL
TIPO DE CUENTA:	Ahorros
NÚMERO DE CUENTA:	24119803990
CONTRATO Nº :	ENV-13-32-0635-24
FECHA DEL CONTRATO:	6 de marzo de 2024
OBJETO DEL CONTRATO:	REALIZAR ACCIONES DE PROMOCIÓN, PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS ZOONOSIS, ESPECIALMENTE LA RABIA, MEDIANTE LA VACUNACIÓN DE CANINOS Y FELINOS DEL MUNICIPIO DE ENVIGADO
PLAZO:	280 Días
FECHA DE INICIO:	8 de marzo de 2024 (Esp. cuando sea urgencia manifiesta)
VALOR CONTRATO VIGENCIA:	$ 82.867.000
VALOR CONT.VIG. FUTURA:	$
VALOR IVA:	$
VALOR TOTAL:	$ 82.867.000
FORMA DE PAGO:	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 siguientes a la fecha de radicación de la factura, para realizar cada desembolso. Parágrafo: Como un requisito para la ejecución del contrato, es la inscripción de la cuenta financiera Por parte del proponente seleccionado a la cual el Municipio le hará los pagos que se deriven de la Contratación. Notas: 1. El contrato se adjudicará por el valor total del presupuesto oficial. 2. El proponente deberá responder en la plataforma SECOP II al ítem "Lista de artículos" poniendo el valor total del presupuesto oficial. 3. En el Anexo 4 - propuesta económica deberá ser presentada en precios unitarios para cada artículo 4. El menor valor propuesto, respecto del valor unitario será en principio, el factor determinante entre los proponentes para elegir el contratista, sin perjuicio del cumplimiento de los requisitos habilitantes.

	5. La ejecución del presupuesto será destinada por la unidad ejecutora, el valor para cada artículo indicado por el proponente ganador en el Anexo 4 - propuesta económica, será la base de liquidación para los pagos. 6. En todo caso de no utilizarse todo el recurso económico disponible, al terminar el plazo de ejecución, se liquidará el contrato con el saldo a favor del Municipio de Envigado Notas: El oferente deberá tener en cuenta los valores asociados al contrato según el Acuerdo Municipal 052 de diciembre 22 de 2017 (Estatuto Tributario Municipal1). TASA PRODEPORTE Y RECREACIÓN contemplada en el Acuerdo Municipal 018 del 06 de Julio de 2022. El contratista se compromete a mantener los precios fijos de los bienes y/o servicios presentados en su oferta, en la cual están comprendidos todos los costos directos e indirectos incluidos gastos de envío, impuestos, embalajes y/o seguros que se presenten antes del cumplimiento del contrato
PERIODO A PAGAR:	Del 08 de marzo al 31 de mayo de 2024
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)	$ 82.867.000

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 de objeto del contrato.

5. VALOR A PAGAR

1	Valor Cuota pactada contrato antes de IVA		$ 10.400.000
2	Glosa(+)(-)		$
3	Subtotal (1+2)		$ 10.400.000
4	IVA	XX%	$
5	Impuesto al consumo	XX%	$
6	Valor Total Cuota (3+4+5)		$ 10.400.000
7	Menos valor Amortización Anticipo= (3x% de anticipo)	XX%	$
8	Valor a Pagar del Acta (6-7)		$ 10.400.000
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)			$ 10.400.000

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
01-110-20240621	7/02/2024	01-111-20241209	8/03/2024	2320202008000000 0019050248351000 133420210020116	01	$ 10.400.000

8. RESPONSABLES

Para constancia firma:

Firma	
Nombre del Ordenador del Gasto Cargo	SALOME LONDOÑO ZAPATA Secretaria de Salud

Elaboró	Luisa Fda. Mtz	Nombre completo: Cargo: Dependencia:	Luisa Fernanda Martinez Salazar Profesional Universitaria Secretaría de Salud
Revisó y aprobó	Luisa Fda. Mtz	Nombre completo: Cargo: Dependencia:	Luisa Fernanda Martinez Salazar Profesional Universitaria 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

- *Lo información y firmas de elaboró, Revisó y aprobó son obligatorias.*

Notas.	• *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			