ALCALDÍA DE ENVIGADO

BPAG_A

324 - TRANSFERENCIA ELECTRONICA

Documento de Pago : 324 - 20248307 **Fecha : 09-AUG-2024**

Cuenta Pagadora : 245000173-27 - BANCOLOMB ESTAM ADULTO MAYOR

Documento de Causación: 202-202405679 **Radicado :** 46432

Contrato: ENV-16-09-0294-24 **Acta de pago :** 07

Tercero : 32242467 - LONDOÑO PARRA KARINA
Beneficiario : 32242467 - LONDOÑO PARRA KARINA

Cuenta Beneficiario	Entidad Financiera	Tipo de Cuenta
1010011708	COLPATRIA	A

Concepto: ACTA DE PAGO 7 CO ENV-16-09-0294-24 PERIODO 1-31 JUL 2024.PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA ASESORAR Y BRINDAR ORIENTACIÓN A LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA DE LA DIRECCIÓN DE ENVEJECIMIENTO Y VEJEZ DE LA SECRETARÍA DE BIENESTAR SOCIAL DEL MUNICIP.O DE ENVIGADO

Cuenta		Descripción	Valor
202	202405679	LONDOÑO PARRA KARINA	5,540,415.00
			5,540,415.00

Elaboró

Revisó

Aprobó

Fecha de Aplicación: 09-AUG-2024 Usuario: JPATINO Terminal: ENVIGADO\ALC_TES_PRO

ALCALDÍA DE ENVIGADO

02 AGO 2024

2:16 pm

CUENTA POR PAGAR

Beneficiario : LONDOÑO PARRA KARINA **CC-NIT:** 32242467 **Fecha:** 02-08-202

Direccion : CR 40 CL 41 SUR 041 **Telefono :** 3022435 **Fecha Vencimiento :** 02-08-202

Observacion: ACTA DE PAGO 7 CO ENV-16-09-0294-24 PERIODO 1-31 JUL 2024.PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA ASESORAR Y BRINDAR ORIENTACIÓN A LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA DE LA DIRECCIÓN DE ENVEJECIMIENTO Y VEJEZ DE LA SECRETARÍA DE BIENESTAR SOCIAL DEL MUNICIPIO DE ENVIGADO

Valor Bruto : 5,540,415.0

CXP. No. 202 | 202405679

Factura No. | 102

Soporte : CONTRATO No. ENV-16-09-0294-24 07

Tipo Cuenta: A

N. Cta Bancaria: 1010011708 **Nombre Entidad Financiera:** COLPATRIA

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

Concepto	Descripcion del Concepto	Valor del Concepto
9535	HONORARIOS CONTRATISTAS	5,540,415.0

Movimiento Presupuestal

RP	Codigo	Fuente	CI	Cta. Financiera	Valor
20240200 1	232020200800000000410400883115001630000011020103	3 - 110	01	E. SOCIAL 9225	5,540,415.0

Movimiento Contable 1327 Banco

Cta. Contable	Descripcion	Tercero	CI	Debito	Credito
249054	Honorarios	32242467	01		5,540,415.00
55070802	Honorarios	32242467	01	5,540,415.00	

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 : $ 5,540,415.00 CINCO MILLONES QUINIENTOS CUARENTA MIL CUATROCIENTOS QUINCE PESO(S) CON 0/100 M/CTE

ESTADO ACTIVO.

SALDO :$ 5,540,415.00

RADICADO: 46432

ZULEY YELENY ESCOBAR RESTREPO	ANA MARIA MESA BETANCOUR	WALTER ALBERTO BUSTAMANTE LONDO
Elaborado Cuentas por Pagar	Solicitado Por:	Autorizado Por:

REVISADO

Tesorería

5699

Envigado, 01 de agosto de 2024

CUENTA DE COBRO Nº 102
EL MUNICIPIO DE ENVIGADO
NIT N. º 890.907.106-5
DEBE A:
KARINA LONDOÑO PARRA
C.C. 32.242.467
de Envigado (Art).

Alcaldía de Envigado
0046432-0000007-20240801
1600 - 2024/08/01 07:31:15

La suma de CINCO MILLONES QUINIENTOS CUARENTA MIL CUATROCIENTOS QUINCE PESOS M/CTE **($5.540.415)**, concepto de **Acta de pago N.º 7 del contrato N.º ENV-16-09-0294-24**, cuyo objeto es: prestación de servicios profesionales para asesorar y brindar orientación a la gestión administrativa de la dirección de envejecimiento y vejez de la secretaría de bienestar social del municipio de Envigado.
Periodo: 01 de julio al 31 de julio de 2024.

Favor consignar estos recursos en la Cuenta de Ahorros N. º 1010011708 de SCOTIABANK COLPATRIA.

Certifico bajo la gravedad de juramento que he cancelado los aportes a la seguridad social correspondiente al mes de **julio** con el número de planilla N° **7929832651** y fecha de Pago 2024/07/15.

Aporte Fondo de Pensiones:	$ 354.600
Aporte Fondo de Salud:	$ 277.100
Asegura de Riesgos Laborales:	$ 11.600
Total seguridad social:	$ 643.300

"Bajo la 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 percibidos, por la ejecución del presente contrato, incurro en costos y gastos que serán imputados en mi declaración de renta de 2024.
   Si _ NO X
4. Pertenezco al régimen simple de contribución:
   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 el porcentaje resultante de la aplicación del procedimiento establecido en el articulo 383 del ET fuere inferior al acá solicitado."

Karina Londoño P.

9535

KARINA LONDOÑO PARRA
CC 32242467 de Envigado (Ant).
Karina.londono@envigado.gov.co
Tel: 3013970405

Alcaldía Municipal de Envigado	ACTA DE PAGO CONTRATO ÚNICA, PARCIAL O FINAL	Código: AR-F-056
		Versión: 01
		Página 1 de 4

COPIA CONTROLADA

ACTA NUMERO 07

01 DE AGOSTO DE 2024

1. CONTRATO

CONTRATISTA:	KARINA LONDOÑO PARRA
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	32.242.467
ENTIDAD BANCARIA:	SCOTIABANK COLPATRIA
TIPO DE CUENTA:	AHORROS
NÚMERO DE CUENTA:	1010011708
CONTRATO Nº :	ENV-16-09-0294-24
FECHA DEL CONTRATO:	16 de enero de 2024
OBJETO DEL CONTRATO:	prestación de servicios profesionales para asesorar y brindar orientación a la gestión administrativa de la dirección de envejecimiento y vejez de la secretaría de bienestar social del municipio de envigado
PLAZO:	334 días
FECHA DE INICIO:	17 de enero de 2024 (Esp. cuando sea urgencia manifiesta)
VALOR CONTRATO VIGENCIA:	$60.759.885
VALOR CONTRATO VIG. FUTURA:	$NA
VALOR IVA:	$NA
VALOR TOTAL:	$60.759.885
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
PERIODO A PAGAR:	DEL 01 DE JULIO AL 31 DE JULIO
FECHA DE SUSPENSIÓN:	NA
FECHA DE REINICIO:	NA
ACTA DE ADICION:	NA
FECHA DE ACTA ADICIÓN:	NA
VALOR ADICION:	$
PRORROGA:	NA
VALOR TOTAL DEL CONTRATO: (Valor contrato más adición)	$60.759.885

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	**7929832651**
Periodo de cotización	**07-2024**
Fecha de pago	**15/07/2024**
Valor base de cotización	**$2.216.166**
Valor pagado en salud	**$354.600**
Valor pagado en pensión	**$277.100**
Valor pagado ARL según tipo de riesgo	**$11.600**

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			$5.540.415
2	Glosa(+)(-)			NA
3	Subtotal (1+2)			$5.540.415
4	IVA	BASE 19%	$	NA
		BASE 5%	$	
5	Impuesto al consumo		XX%	NA
6	Valor Total Cuota (3+4+5)			$5.540.415
7	Menos valor Amortización Anticipo= (3x% de anticipo)		XX%	NA
8	Valor a Pagar del Acta (6-7)			$5.540.415
Diligenciar los campos 9 – 10 – 11 solo si hay compensación				
9	Tipo de Impuesto			NA
10	Número de Factura			NA
11	Valor de la Factura			NA
Valor total a pagar al contratista (8-11)				$5.540.415

6. ENDOSO DEL PAGO

DILIGENCIAR SOLO SI TIENE ENDOSO

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

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
01-110-20240246	10/01/2024	01-111-20240200	17/01/2024	2320202008000000 0041040088311500 163000011020103	01	$5.540.415

EJECUCIÓN ACUMULADA DEL CONTRATO POR RUBRO PRESUPUESTAL:
(solo se diligencia cuando es pago único y/o final)

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-XX-20XXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	$ (A)	$ (B)		☐	☐

8. RESPONSABLES

Para constancia firma:

Firma	
Nombre del Ordenador del Gasto Cargo	**ANA MARIA MESA BETANCUR** **Secretaria de Bienestar Social**

Elaboró	*espacio para firma*	Nombre completo: Cargo: Dependencia:	Blanca Deiby Betancur Cardona Directora Envejecimiento y Vejez Secretaría de Bienestar Social
Revisó y aprobó	*espacio para firma*	Nombre completo: Cargo: Dependencia:	Juliana Taborda Cordoba Profesional Universitaria CT Secretaría de Bienestar Social

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.

Nombre Supervisor Contrato	Blanca Deiby Betancur Cardona
Correo electrónico:	Blanca.betancur@envigado.gov.co

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-053*

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