ALCALDÍA DE ENVIGADO

BPAG_A

324 - TRANSFERENCIA ELECTRONICA

Documento de Pago : 324 - 202411781 **Fecha :** 21-OCT-2024

Cuenta Pagadora : 01968405744 - BANCOLOMBIA AHORROS R.PROPIOS

Documento de Causación: 202-202408573 **Radicado :** 63948

Contrato: ENV-24-09-1069-24 **Acta de pago :** 004-24

Tercero : 1001232927 - RENDON BERMUDEZ JUAN DANIEL

Beneficiario : 1001232927 - RENDON BERMUDEZ JUAN DANIEL

Cuenta Beneficiario	Entidad Financiera	Tipo de Cuenta
43630023158	BANCOLOMBIA	A

Concepto: ACTA DE PAGO 4 CO ENV-24-09-1069-24 PERIODO 1-30 SEP 2024. PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES, CAMPAÑAS, CAPACITACIONES Y PROCESOS DE FORTALECIMIENTO SOCIALES Y FAMILIARES QUE PROMUEVAN LA SANA CONVIVENCIA EN EL MUNICIPIO DE ENVIGADO

Cuenta		Descripción	Valor
202	202408573	RENDON BERMUDEZ JUAN DANIEL	4,057,779.00
			4,057,779.00

Elaboró

Revisó

Aprobó

Fecha de Aplicación: 21-OCT-2024 Usuario: ELIDARRAGA Terminal: ENVIGADO\ALC_TES_PRO

18 OCT 2024

10:10 am

ALCALDÍA DE ENVIGADO

CUENTA POR PAGAR

Beneficiario : RENDON BERMUDEZ JUAN DANIEL **CC-NIT:** 1001232927 **Fecha:** 16-10-2024

Direccion : CR 28 D 26 A SUR 01 CA 63 URB ALTOS DE AYURA **Telefono :** 0-0 **Fecha Vencimiento :** 16-10-2024

Observacion: ACTA DE PAGO 4 CO ENV-24-09-1069-24 PERIODO 1-30 SEP 2024. PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES, CAMPAÑAS, CAPACITACIONES Y PROCESOS DE FORTALECIMIENTO SOCIALES Y FAMILIARES QUE PROMUEVAN LA SANA CONVIVENCIA EN EL MUNICIPIO DE ENVIGADO

Valor Bruto : 4,057,779.00

CXP. No. 202 | 202408573

Factura No. | 4

Tipo Cuenta: A

Soporte : CONTRATO No. ENV-24-09-1069-24 004-24

N. Cta Bancaria: 43630023158 **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	4,057,779.00

Movimiento Presupuestal

RP	Codigo	Fuente	CI	Cta. Financiera	Valor
20241952 1	2320202009000000004502034929190024300001002006 4	3 - 100	01	RP	4,057,779.00

Movimiento Contable

Cta. Contable	Descripcion	Tercero	CI	Debito	Credito
249054	Honorarios	1001232927	01		4,057,779.00
51117902	Honorarios - Personas Naturales	1001232927	01	4,057,779.00	

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 : $ 4,057,779.00 CUATRO MILLONES CINCUENTA Y SIETE MIL SETECIENTOS SETENTA Y NUEVE PESO(S) CON 0/100 M/CTE

ESTADO ACTIVO.

SALDO :$ 4,057,779.00

RADICADO: 63948

ZULEY YELENY ESCOBAR RESTREPO
Elaborado Cuentas por Pagar

ESTEFANIA URIBE ZAPATA
Solicitado Por:

WALTER ALBERTO BUSTAMANTE LONDO
Autorizado Por:

REVISADO
Tesorería

8573

CUENTA DE COBRO No. 04-2024

Alcaldía de Envigado
0063948-0000007-20241009
1100 - 2024/10/09 10:10:06

EL MUNICIPIO DE ENVIGADO
NIT 890.907.106-5

DEBE A

JUAN DANIEL RENDÓN BERMÚDEZ

C.C. No. 1.001.232.927

CUATRO MILLONES CINCUENTA Y SIETE MIL SETECIENTOS SETENTA Y NUEVE PESOS!
($4,057,779)

POR CONCEPTO DE:

Acta de pago N°. 004-2024, la cual se genera desde SEPTIEMBRE 01 de 2024 al 30 DE SEPTIEMBRE de 2024 del contrato N°. **ENV-24-09-1069-24**, cuyo objeto es "Prestación de servicios para el desarrollo de actividades, campañas, capacitaciones y procesos de fortalecimiento sociales y familiares que promuevan la sana convivencia en el municipio de envigado. "

Solicito que el pago se realice por medio de la cuenta AHORROS del Banco BANCOLOMBIA N° 43630023158 A nombre de JUAN DANIEL RENDON BERMUDEZ.

Certifico bajo la gravedad de juramento que la cancelación de aportes a la seguridad social se ha realizado con el número de planilla N° 1065955968 pagada en SEPTIEMBRE 20 de 2024 correspondiente al periodo de SEPTIEMBRE.

SALUD EPS: $ 202.900

FONDO DE PENSION $ 259.800

RIESGOS PROFESIONALES $ 39.600

"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 ___ NO_X_

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:

SI ___ NO _X_

4. Pertenezco al Régimen Simple de Tributación:

SI ___ NO _X_

9521

"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"

Juan. D

JUAN DANIEL RENDÓN BERMÚDEZ
C.C. No. 1.001.232.927
Celular: 3112409481

ACTA NUMERO 04	
8 de octubre de 2024	
1. CONTRATO	
CONTRATISTA:	Juan Daniel Rendón Bermúdez
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1.001.232.927
ENTIDAD BANCARIA:	Bancolombia
TIPO DE CUENTA:	Ahorros
NÚMERO DE CUENTA:	436-300231-58
CONTRATO Nº :	ENV-24-09-1069-24
FECHA DEL CONTRATO:	23 de mayo de 2024
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestación de servicios para el desarrollo de actividades, campañas, capacitaciones y procesos de fortalecimiento sociales y familiares que promuevan la sana convivencia en el municipio de envigado.
PLAZO:	222 días
FECHA DE INICIO:	23 de mayo de 2024
VALOR CONTRATO VIGENCIA:	$29.486.527
VALOR CONTRATO VIG. FUTURA:	N/A
VALOR IVA:	N/A
VALOR TOTAL:	$29.486.527

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:	1 DE SEPTIEMBRE AL 30 DE SEPTIEMBRE
FECHA DE SUSPENSIÓN:	N/A
FECHA DE REINICIO:	N/A
ACTA DE ADICION:	N/A
FECHA DE ACTA ADICIÓN:	N/A
VALOR ADICION:	N/A
PRORROGA:	N/A
VALOR TOTAL DEL CONTRATO: (Valor contrato más adición)	$29.486.527

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	1065955968
Periodo de cotización	**SEPTIEMBRE**
Fecha de pago	20/09/2024
Valor base de cotización	**$ 1,623,200**
Valor pagado en salud	**$202.900**
Valor pagado en pensión	**$ 259.800**
Valor pagado ARL según tipo de riesgo	**$ 39.600**
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			**$4,057,779**
2	Glosa(+)(-)			**$**
3	Subtotal (1+2)			**$4,057,779**
4	IVA	BASE 19%	$	**$**
		BASE 5%	$	
5	Impuesto al consumo		XX%	**$**
6	Valor Total Cuota (3+4+5)			**$4,057,779**
7	Menos valor Amortización Anticipo= (3x% de anticipo)		XX%	**$**
8	Valor a Pagar del Acta (6-7)			**$4,057,779**
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)		**$4,057,779**

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 presupuesta	Fecha de registro	Rubro presupuestal	Sec RDP	Valor a ejecutar
01-110-20241090	30/04/2024	01-111-20241952	23/05/2024	23202020090000000004502034929190024300001002006 4	1	$4,057,779

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	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	$ (A)	$ (B)	$ (C = A – B)	☐	☐

8. RESPONSABLES

Para constancia firma:

Firma	
Nombre del Ordenador del Gasto Cargo	**Estefanía Uribe Zapata** **Secretaria de Gobierno**

Elaboró		Nombre completo: Cargo: Dependencia:	LUZ EDILMA VASQUEZ DIRECTORA DE CONVIVENCIA SECRETARIA DE GOBIERNO
Revisó y aprobó	*espacio para firma*	Nombre completo: Cargo: Dependencia:	ESTEFANIA URIBE ZAPATA SECRETARIA DE DESPACHO SECRETARIA DE GOBIERNO

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	LUZ EDILMA VASQUEZ
Correo electrónico:	luz.vasquez@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