ALCALDÍA DE ENVIGADO

BPAG_A

324 - TRANSFERENCIA ELECTRONICA

Documento de Pago : 324 - 20243941 **Fecha :** 26-APR-2024

Cuenta Pagadora : 01968405744 - BANCOLOMBIA AHORROS R.PROPIOS

Documento de Causación: 202-202402205 **Radicado :** 23964

Contrato: ENV-12-09-0763-24 **Acta de pago :** 1

Tercero : 43868444 - CONRADO DIAZ LIZETTE

Beneficiario : 43868444 - CONRADO DIAZ LIZETTE

Cuenta Beneficiario	Entidad Financiera	Tipo de Cuenta
01966508651	BANCOLOMBIA	A

Concepto: ACTA PAGO 1 CO ENV-12-09-0763-24 PERIODO 20 MAR 19 ABR 2024.PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO PARA LOS DIFERENTES PROYECTOS DE LA DIRECCIÓN DE COBERTURA EDUCATIVA.

Cuenta		Descripción	Valor
202	202402205	CONRADO DIAZ LIZETTE	4,898,755.00
			4,898,755.00

Elaboró

Revisó

Aprobó

Fecha de Aplicacion: 26-APR-2024 Usuario: JPATINO Terminal: ENVIGADOVALCTESPRO33

25 ABR 2024
3:25

ALCALDÍA DE ENVIGADO

CUENTA POR PAGAR

Beneficiario : CONRADO DIAZ LIZETTE — **CC-NIT:** 43868444 — **Fecha:** 24-04-2024

Direccion : CL 48 F SUR 39 B 31 INT 1306 — **Telefono :** 604-3328349 — **Fecha Vencimiento :** 24-04-2024

Observacion: ACTA PAGO 1 CO ENV-12-09-0763-24 PERIODO 20 MAR 19 ABR 2024.PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO PARA LOS DIFERENTES PROYECTOS DE LA DIRECCIÓN DE COBERTURA EDUCATIVA.

Valor Bruto : 4,898,755.00

CXP. No. 202 — 202402205

Factura No. — 1

Soporte : CONTRATO No. ENV-12-09-0763-24 1

N. Cta Bancaria: VER ACTA — **Nombre Entidad Financiera:** — **Tipo Cuenta:**

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

Concepto	Descripcion del Concepto	Valor del Concepto
9525	HONORARIOS CONTRATISTAS - SECTOR EDUCACION	4,898,755.00

Movimiento Presupuestal

RP	Codigo	Fuente	CI	Cta. Financiera	Valor
20241344 1	2320202008000000002201033839900012300001002001 5	3 - 100	01	RP	4,898,755.00

Movimiento Contable

Cta. Contable	Descripcion	Tercero	CI	Debito	Credito
249054	Honorarios	43868444	01		4,898,755.00
55010802	Honorarios	43868444	01	4,898,755.00	

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 : $ 4,898,755.00 — CUATRO MILLONES OCHOCIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL SETECIENTOS CINCUENTA Y CINCO PESO(S) CON 0/100 M/CTE

ESTADO ACTIVO.

SALDO :$ 4,898,755.00

RADICADO: 23964

CONRADO ANTONIO ESPINOSA ESPINOS	JAZMIN ANDREA GONZALEZ ARIAS	WALTER ALBERTO BUSTAMANTE LONDO
Elaborado Cuentas por Pagar	Solicitado Por:	Autorizado Por:

REVISADO

Tesorería

26 ABR 2024

Alcaldía Municipal de Envigado	ACTA DE PAGO PARCIAL CONTRATO	Código: AR-F-015
		Versión: 10
		Página 1 de 4

COPIA CONTROLADA

Alcaldía de Envigado
0023964-0000007-20240424
1100 - 2024/04/24 11:07:34

9525

ACTA NUMERO 01

23 de abril de 2024

1. CONTRATO

CONTRATISTA:	LIZETTE CONRADO DIAZ
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	43.868.444
ENTIDAD BANCARIA:	BANCOLOMBIA
TIPO DE CUENTA:	AHORROS
NÚMERO DE CUENTA:	01966508651
CONTRATO Nº :	ENV-12-09-0763-24
FECHA DEL CONTRATO:	20 de marzo de 2024
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO PARA LOS DIFERENTES PROYECTOS DE LA DIRECCIÓN DE COBERTURA EDUCATIVA
PLAZO:	271 Dias
FECHA DE INICIO:	20 de marzo de 2024 (Esp. cuando sea urgencia manifiesta)
VALOR CONTRATO VIGENCIA:	**$43.435.628 (NO RESPONSABLE DE IVA)**
VALOR CONT.VIG. FUTURA:	N/A
VALOR IVA:	N/A
VALOR TOTAL:	**$43.435.628 (NO RESPONSABLE DE IVA)**
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 20 de marzo del 2024 al 19 de abril de 2024
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
TIEMPO DE ADICION:	N/A
VALOR TOTAL DEL CONTRATO: (Valor contrato más adición)	**$43.435.628 (NO RESPONSABLE DE IVA)**

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 liquicación establecida en la ley.

Si el contratista está obligado a presentar planilla o certificación de seguridad social diligencie el cuadro.

Persona Natural	
Planilla número	70246427
Periodo de cotización	**04-2024**
Fecha de pago	**15/04/2024**
Valor base de cotización	$4.898.755
Valor pagado en salud	$ 245.000

Valor pagado en pensión	$ 313.600
Valor pagado ARL según tipo de riesgo	$10.300

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		$4.898.755
2	Glosa(+)(-)		N/A
3	Subtotal (1+2)		$4.898.755
4	IVA	XX%	N/A
5	Impuesto al consumo	XX%	N/A
6	Valor Total Cuota (3+4+5)		$4.898.755
7	Menos valor Amortización Anticipo= (3x% de anticipo)	XX%	N/A
8	Valor a Pagar del Acta (6-7)		$4.898.755
Diligenciar los campos 9 – 10 – 11 solo si hay compensación			
9	Tipo de Impuesto		N/A
10	Número de Factura		N/A
11	Valor de la Factura		N/A
Valor total a pagar al contratista (8-11)			$4.898.755

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		

CONTIENE ANEXOS

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
20240802	28/02/2024	20241344	20/03/2024	2320202008000 0000022010338 3990001230000 10020015	1	4.898.755

8. RESPONSABLES

Para constancia firma:

Firma	espacio para firma
Nombre del Ordenador del Gasto Cargo	JAZMIN ANDREA GONZÁLEZ ARIAS SECRETARIA DE EDUCACIÓN

Elaboró	espacio para firma	Nombre completo: Cargo: Dependencia:	BEATRIZ ELENA VARGAS HURTADO PROFESIONAL UNIVESITARIO COBERTURA EDUCTIVA
Revisó y aprobó	espacio para firma	Nombre completo: Cargo: Dependencia:	LEANDRO QUICENO CAÑAS DIRECTOR DE COBERTURA EDUCATIVA COBERTURA EDUCATIVA
Revisó y aprobó	espacio para firma	Nombre completo: Cargo: Dependencia:	CHRISTIAN FELIPE MOROS MUÑOZ ASESOR DE DESPACHO SECRETARIA DE EDUCACIÓN

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		**Número Documento Entrada**	
		Número Documento de Salida	

Aplica para contratos de obra y compras

Envigado, 23 de abril de 2024.

CUENTA DE COBRO N° 01

MUNICIPIO DE ENVIGADO NIT 890 907
106-5

Debe a:
LIZETTE CONRADO DIAZ
C.C. 43.868.444

La suma de cuatro millones ochocientos noventa y ocho mil setecientos cincuenta y cinco pesos m.l. ($4.898.755), por concepto de acta de pago N° 01 del contrato de prestación de servicios profesionales N°ENV-12-09-0763-24, cuyo objeto es "Prestación de servicios profesionales y de apoyo para los diferentes proyectos de la Dirección de Cobertura Educativa." Comprende el Periodo del 20 de marzo al 19 abril de 2024.

He cancelado los aportes a la seguridad social mediante Planilla de pago Nro. 70246427 El 15-04-2024, discriminado así:

Aportes Fondo de Pensiones:	$ 313.600
Aportes Fondo de Salud:	$ 245.000
Aportes Fondo de ARL:	$ 10.300
Total Seguridad social:	**$ 568.900**

Bajo la gravedad de juramento me permito manifestar lo siguiente:(Marque una sola opción)

1. Soy residente fiscal colombiano de conformidad con el artículo 10 del Estatuto Tributario. SI__X__ NO____

2. Soy declarante del Impuesto 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__X__ NO____

"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."

Es importante indicar que se anexa certificación bancaria de la cuenta donde se puede realizar respectivos pagos. Cuenta de ahorros Bancolombia N° 01966508651.