ALCALDÍA DE ENVIGADO

BPAG_A

324 - TRANSFERENCIA ELECTRONICA

Documento de Pago : 324 - 20246853 **Fecha :** 08-JUL-2024

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

Documento de Causación: 202-202404336 **Radicado :** 37683

Contrato: ENV-13-25-0567-24 **Acta de pago :** # 03

Tercero : 900081843 - CORPORACION CENTRO INTEGRAL PARA LA INTERVENCION Y EL TRATAMIENTO DE

Beneficiario : 900081843 - CORPORACION CENTRO INTEGRAL PARA LA INTERVENCION Y EL TRATAMIENTO DE

Cuenta Beneficiario	Entidad Financiera	Tipo de Cuenta
00927347211	BANCOLOMBIA	C

Concepto: ACTA PAGO 3.CO:ENV-13-25-0567-24 PERIODO 26 ABR 25 MAY 2024.PRESTAR SERVICIOS, TÉCNICOS, ADMINISTRATIVOS Y HUMANOS, PARA DESARROLLAR ACCIONES DEPROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL, PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD MENTAL, PARA LA POBLACIÓN DEL MUNICIPIO DE ENVIGADO.

Cuenta		Descripción	Valor
202	202404336	CORPORACION CENTRO INTEGRAL PARA LA INTERVENCION	300,612,879.00
			300,612,879.00

Elaboró

Revisó

Aprobó

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

ALCALDÍA DE ENVIGADO

27 JUN 2024
4:26 pm

CUENTA POR PAGAR

Beneficiario : CORPORACION CENTRO INTEGRAL PARA LA INTERVENCION Y EL **CC-NIT:** 900081843 **Fecha:** 26-06-202

Direccion : CR 75 30 A 19 P 2 3 **Telefono :** 604-5946808 **Fecha Vencimiento :** 26-06-202

Observacion: ACTA PAGO 3.CO:ENV-13-25-0567-24 PERIODO 26 ABR 25 MAY 2024.PRESTAR SERVICIOS, TÉCNICOS, ADMINISTRATIVOS Y HUMANOS, PARA DESARROLLAR ACCIONES DEPROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL, PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD MENTAL, PARA LA POBLACIÓN DEL MUNICIPIO DE ENVIGADO.

Valor Bruto : 300,612,879.0(

CXP. No. 202 202404336

Factura No. FEE 2954

Soporte : CONTRATO No. ENV-13-25-0567-24 # 03

Tipo Cuenta: C

N. Cta Bancaria: 00927347211 **Nombre Entidad Financiera:** BANCOLOMBIA

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

Concepto	Descripcion del Concepto	Valor del Concepto
9991	HONORARIOS PERSONA JURIDICA SEC SALUD	1,101,670.0(
9991	HONORARIOS PERSONA JURIDICA SEC SALUD	77,612,292.0(
9991	HONORARIOS PERSONA JURIDICA SEC SALUD	70,666,666.0(
9991	HONORARIOS PERSONA JURIDICA SEC SALUD	9,238,358.0(
9991	HONORARIOS PERSONA JURIDICA SEC SALUD	75,886,506.0(
9991	HONORARIOS PERSONA JURIDICA SEC SALUD	66,107,387.0(

Movimiento Presupuestal

RP	Codigo	Fuente	CI	Cta. Financiera	Valor
20241033 2	232020200800000000190503185961001330802100206 24	3 - 100	01	RP BBVA 1985 FLS	77,612,292.0(
20241033 1	232020200900000000190503193199001334402100206 24	3 - 100	01	RP BBVA 1985 FLS	1,101,670.0(
20241033 3	232020200900000000190503193199001334402100206 24	3 - 100	01	RP BBVA 1985 FLS	70,666,666.0(
20241033 4	232020200900000000190503193199001334402100206 24	3 - 100	01	RP BBVA 1985 FLS	9,238,358.0(
20241033 5	232020200900000000190503193199001334402100206 24	3 - 100	01	RP BBVA 1985 FLS	75,886,506.0(
20241033 6	232020200900000000190503193199001334402100206 24	3 - 100	01	RP BBVA 1985 FLS	66,107,387.0(

Movimiento Contable

Cta. Contable	Descripcion	Tercero	CI	Debito	Credito
249054	Honorarios	900081843	01		1,101,670.0(
249054	Honorarios	900081843	01		77,612,292.0(
249054	Honorarios	900081843	01		70,666,666.0(
249054	Honorarios	900081843	01		9,238,358.0(
249054	Honorarios	900081843	01		75,886,506.0(
249054	Honorarios	900081843	01		66,107,387.0(
55020528	Honorarios	900081843	01	1,101,670.00	
55020528	Honorarios	900081843	01	77,612,292.00	
55020528	Honorarios	900081843	01	70,666,666.00	
55020528	Honorarios	900081843	01	9,238,358.00	
55020528	Honorarios	900081843	01	75,886,506.00	
55020528	Honorarios	900081843	01	66,107,387.00	

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

REVISADO

Total Deducciones :

NETO A PAGAR : $ 300,612,879.00 TRESCIENTOS MILLONES SEISCIENTOS DOCE MIL OCHOCIENTOS SETENTA Y NUEVE PESO(S) CON 0/100 M/CTE

ESTADO ACTIVO.

SALDO :$ 300,612,879.00

RADICADO: 37683

ZULEY YELENY ESCOBAR RESTREPO
Elaborado Cuentas por Pagar

SALOME LONDOÑO ZAPATA
Solicitado Por:

RUBEN DARIO MUÑOZ BERRIO
Autorizado Por:

4336.

DIAN

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

CITA

Alcaldía de Envigado

0037683-0000007-20240624
1300 - 2024/06/24 15:17:41

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :
ea03e239e8d5d6fcb9c7fa209f53171677cc759617cf51eec29b1e3a9dd27bfdc9cf7999c05bd1fde45b24dc82fdb7bf

Número de Factura: FEE-2954
Fecha de Emisión: 20/06/2024
Fecha de Vencimiento: 20/06/2024
Tipo de Operación: 10 - Estándar

Forma de pago: Contado
Medio de Pago: Poyecto bancario
Orden de pedido:
Fecha de orden de pedido:

Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: CORPORACION CENTRO INTEGRAL PARA LA INTERVENCION Y EL TRATAMIENTO DE LAS ADICCIONES Y LA SALUD MENTAL
Nombre Comercial: CORPORACION CENTRO INTEGRAL PARA LA INTERVENCION Y EL TRATAMIENTO DE LAS ADICCIONES Y LA SALUD MENTAL
Nit del Emisor: 900081843
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica
Régimen Fiscal: R-99-PN
Responsabilidad tributaria: 01 - IVA
Actividad Económica: 8621

Pais: Colombia
Departamento: Antioquia
Municipio / Ciudad: Medellín
Dirección: CR 75 30 A 19 P 2 3
Teléfono / Móvil: 6045946808
Correo: gerencia@centrocita.org

Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: MUNICIPIO DE ENVIGADO.
Tipo de Documento: NIT
Número Documento: 890907106
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica
Régimen fiscal: R-99-PN
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica

Pais: Colombia
Departamento: Antioquia
Municipio / Ciudad: Envigado
Dirección: CARRERA 43 38-S 35
Teléfono / Móvil: 3394000
Correo: financiera@envigado.gov.co

Detalles de Productos

Nro.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio unitario	Descuento detalle	Recargo detalle	IMPUESTOS IVA	%	INC	%	Precio unitario de venta
1		TERCER PAGO CONVENIO DE ASOCIACION EVN 1325056724	NIU	1,00	$ 300.612.879,00	$ 0,00	$ 0,00					$ 300.612.879,00

Notas Finales

Linea de negocio:

9991

→ Aln Catalina
Dircun.administration@centrocita.org

Datos Totales

Documento validado por la DIAN 2024-06-20 10:10:34
Documento generado el: 2024-06-20 10:10:34
Generado por: Solución Gratuita DIAN
Nit:800197268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	

Subtotal			30C.612.87E,00
Descuento detalle			,00
Recargo detalle			,00
Total Bruto Factura			30C.612.87E,00
IVA			,00
INC			,00
Bolsas			,00
Otros impuestos			,00
Total impuesto (=)			,00
Total neto factura (=)			30C.612.87E,00
Descuento Global (-)			,00
Recargo Global (+)			,00
Total factura (=)	**COP $**	**$**	30C.612.87E,00

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	,00

RETENCIONES	
Rete fuente	,00
Rete IVA	,00
Rete ICA	,00

Numero de Autorización: 18764066007801 Rango desde: 2745 Rango hasta: 10000 Vigencia: 2025-02-22

ACTA NUMERO 03	
24 de junio de 2024	
1. CONTRATO	
CONTRATISTA:	CORPORACION CENTRO CITA SALUD MENTAL
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	900081843
ENTIDAD BANCARIA:	BANCOLOMBIA
TIPO DE CUENTA:	Corriente
NÚMERO DE CUENTA:	00927347211
CONTRATO Nº :	ENV-13-25-0567-24
FECHA DEL CONTRATO:	27 de febrero de 2024
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS, TÉCNICOS, ADMINISTRATIVOS Y HUMANOS, PARA DESARROLLAR ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL, PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD MENTAL, PARA LA POBLACIÓN DEL MUNICIPIO DE ENVIGADO
PLAZO:	10 Meses
FECHA DE INICIO:	4 de marzo de 2024 (Esp. cuando sea urgencia manifiesta)
VALOR CONTRATO VIGENCIA:	$ 4.294.892.407
VALOR CONT.VIG. FUTURA:	$
VALOR IVA:	$
VALOR TOTAL:	$ 4.294.892.407
FORMA DE PAGO:	**VALOR ESTIMADO DEL CONVENIO Y ENTREGA DE LOS APORTES:** El valor total del convenio asciende a la suma de CUATRO MIL DOSCIENTOS NOVENTA Y CUATRO MILLONES OCHOCIENTOS NOVENTA Y DOS MIL CUATROCIENTOS SIETE PESOS MCTE ($4.294.892.407). El valor total del convenio se obtiene de la sumatoria del aporte que realizará el Municipio de Envigado más el aporte que realizará asociado, el cual no podrá ser inferior al 30% del valor total del convenio. Valor del aporte del Municipio: El municipio de Envigado cuenta para este convenio con

	la suma de TRES MIL SEIS MILLONES CIENTO VEINTIOCHO MIL SETECIENTOS NOVENTA Y CUATRO PESOS M/L ($ 3.006.128.794), respaldado en el CDP No 13-2024- 8155 expedido por la Secretaría de Hacienda para la vigencia 2024, representados así:

COMPONENTE	MUNICIPIO DE ENVIGADO	% PARTICIPACIÓN PPTO	CANTIDADES NECESARIAS	% PARTICIPACIÓN CANTIDADES
Prevención del suicidio	369 041 336,00	12,28%	2 356,00	10,81%
Zonas de orientación escolar	1 075 154 360,00	35,77%	10 038,50	46,08%
Centros de escucha	656 734 674,00	21,85%	5 921,00	27,18%
Línea de atención en salud mental	221 682 880,00	7,37%	3 040,00	13,95%
Apoyo a la gestión	524 546 140,50	17,45%	424 25	1,95%
Capacitación al personal	158 969 404,00	5,29%	6,00	0,03%
Total	3.006.128.794,50	100,00%	21.785,75	100,00%

Valor del aporte del Asociado 5 : El asociado realizará un aporte cel 30% cel valor del convenio por la suma de MIL DOSCIENTOS OCHENTA Y CCHO MILLONES SETECIENTOS SESENTA Y TRES MIL SEISCIENTOS TRECE PESOS M/L ($1.288.763.613) para la vigencia 2024, representados así

COMPONENTE	VALOR UNITARIO MENSUAL	VALOR TOTAL	% PARTICIPACIÓN
Atenciones psicosociales	37 164 280	668.225.808	41,57%
Estudio poblacional	22 003 418	231.041.141	17,93%
Aporte recurso humano proyecto	16 890 009	176.715.087	13,71%
Aporte gastos administrativos proyecto	25 741 979	260.782.375	20,79%
Total Proyecto		1.288.763.613	100,00%

PERIODO A PAGAR:	Del 26 de abril al 25 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)	$ 4.294.892.407

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 e encabezaco ce

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 numero 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 del objeto del contrato.

5. VALOR A PAGAR

1	Valor Cuota pactada contrato antes de IVA		**$ 300.612.879**
2	Glosa(+)(-)		**$**
3	Subtotal (1+2)		**$ 300.612.879**
4	IVA	XX%	**$**
5	Impuesto al consumo	XX%	**$**
6	Valor Total Cuota (3+4+5)		**$ 300.612.879**
7	Menos valor Amortización Anticipo= (3x% de anticipo)	XX%	**$**
8	Valor a Pagar del Acta (6-7)		**$ 300.612.879**
Diligenciar los campos 9 – 10 – 11 solo si hay compensación			
9	Tipo de Impuesto		**$**
10	Número de Factura		**$**
11	Valor de la Factura		**$**
Valor total a pagar al contratista (8-11)			**$ 300.612.879**

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
01-110-20240540	29/01/2024	01-111-20241033	28/02/2024	2320202009000000 0019050319319900 133440210020624	01	**$ 1.101.670**
01-110-20240540	29/01/2024	01-111-20241033	28/02/2024	2320202008000000 0019050318596100 133080210020624	02	**$ 77.612.292**
01-110-20240540	29/01/2024	01-111-20241033	28/02/2024	2320202009000000 0019050319319900 133440210020624	03	**$ 70.666.666**
01-110-20240540	29/01/2024	01-111-20241033	28/02/2024	2320202009000000 0019050319319900 133440210020624	04	**$ 9.238.358**
01-110-20240540	29/01/2024	01-111-20241033	28/02/2024	2320202009000000 0019050319319900 133440210020624	05	**$ 75.886.506**
01-110-20240540	29/01/2024	01-111-20241033	28/02/2024	2320202009000000 0019050319319900 133440210020624	06	**$ 66.107.387**

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:	María del Mar Arroyave Tamayo Dir. Salud Mental y Prevención de Adicciones 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-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