ALCALDÍA DE ENVIGADO BPAG_A

324 - TRANSFERENCIA ELECTRONICA

Documento de Pago : 324 - 202502341 **Fecha : 14-MAR-2025**

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

Documento de Causación: 202-202500646 **Radicado :** 11694

Contrato: ENV-13-25-0316-25. **Acta de pago :** # 01

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

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

Cuenta Beneficiario	Entidad Financiera	Tipo de Cuenta
00927347211	BANCOLOMBIA	C

Concepto: ACTA PAGO 1 CO ENV-13-25-0316-25 ENE 2025 VF ACUERDO 048-2024 - 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.

Cuenta		Descripción	Valor
202	202500646	CORPORACION CENTRO INTEGRAL PARA LA INTERVENCION	152,291,587.00
			152,291,587.00

Elaboró Revisó Aprobó

Fecha de Aplicacion: 14-MAR-2025 Usuario: ELIDARRAGA Terminal: ENVIGADO\ALCTESPRO3:

ALCALDÍA DE ENVIGADO

03 MAR 2025

4:06 pm

CUENTA POR PAGAR

Beneficiario : CORPORACION CENTRO INTEGRAL PARA LA INTERVENCION Y EL **CC-NIT:** 900081843 **Fecha:** 27-02-2025

Direccion : CR 75 30 A 19 P 2 3 **Telefono :** 604-5946808 **Fecha Vencimiento :** 27-02-2025

Observacion: ACTA PAGO 1 CO-ENV-13-25-0316-25 ENE 2025 VF ACUERDO 048-2024 - 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.

Valor Bruto : 153,985,427.00

CXP. No. 202 202500646

Factura No. FEE 3316

Tipo Cuenta: C

Soporte : CONTRATO No. ENV-13-25-0316-25 # 01

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	31,668,983.00
9991	HONORARIOS PERSONA JURIDICA SEC SALUD	44,319,668.00
9991	HONORARIOS PERSONA JURIDICA SEC SALUD	34,285,714.00
9991	HONORARIOS PERSONA JURIDICA SEC SALUD	43,711,062.00

Movimiento Presupuestal

RP	Codigo	Fuente	CI	Cta. Financiera	Valor
20250023 2	2320202009000000001905020911220013308021002061O	3 - 100	01		44,319,668.00
20250023 1	2320202009000000001905054911220013308021002061O	3 - 100	01		31,668,983.00
20250023 3	2320202009000000001905054911220013324021002061O	3 - 100	01	RP BBVA 1985	34,285,714.00
20250023 4	2320202009000000001905054929190013305021002061O	3 - 100	01		43,711,062.00

Movimiento Contable

Cta. Contable	Descripcion	Tercero	CI	Debito	Credito
24072201	Estampilla IUE	900081843	01		615,942.00
243627	Retencion impuesto de industria y comercio - Compra	900081843	01		1,077,898.00
249054	Honorarios	900081843	01		43,711,062.00
249054	Honorarios	900081843	01		31,668,983.00
249054	Honorarios	900081843	01		42,625,828.00
249054	Honorarios	900081843	01		34,285,714.00
55020528	Honorarios	900081843	01	34,285,714.00	
55020528	Honorarios	900081843	01	43,711,062.00	
55020528	Honorarios	900081843	01	31,668,983.00	
55020528	Honorarios	900081843	01	44,319,668.00	

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
ESTAMPILLA I.U.E	.4	.00	615,942.00	153,985,427.00
RETENCION INDUSTRIA Y COMERCIO 7/1000	.7	.00	1,077,898.00	153,985,427.00
Total Cargos y Retenciones :		**.00**	**1,693,840.00**	

Deducciones en el Pago

Concepto	%	Retencion	Valor Base

REVISADO

Tesorería

Total Deducciones :

NETO A PAGAR : $ 152,291,587.00 CIENTO CINCUENTA Y DOS MILLÓNES DOSCIENTOS NOVENTA Y UN MIL QUINIENTOS OCHENTA Y SIETE PESO(S) CON 0/100 M/CTE

ESTADO ACTIVO.

SALDO :$ 152,291,587.00

RADICADO: 11694

CONRADO ANTONIO ESPINOSA ESPINOS	SALOME LONDOÑO ZAPATA	WALTER ALBERTO BUSTAMANTE LONDO
Elaborado Cuentas por Pagar	Solicitado Por:	Autorizado Por:

DIAN

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

Alcaldía de Envigado
0011694-0000007-20250225
1300 - 2025/02/25 10:58:16

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE:
4406533850309cfcb2dfdf2b3a314858c32528402a6be81b87671e6aef10eee421d7a441b2cb3ade823920038c95a9b8

Número de Factura: FEE-3316
Fecha de Emisión: 25/02/2025
Fecha de Vencimiento: 25/02/2025
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

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

9991
104
494

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

País: 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				Precio unitario de venta
								IVA	%	INC	%	
1	CONVENIO DE ASOCIACION ENV 13 25 0316 25	PRIMER PAGO ENV 13 25 0316 25	NIU	1,00	$ 153.985.427,00	$ 0,00	$ 0,00					$ 153.985.427,00

Notas Finales

Linea de negocio:

Datos Totales

Documento generado el:
25/02/2025 08:47:07
Documento validado por la DIAN:
25/02/2025 08:47:09
XML Generado por: Solución Gratuita DIAN
800197268
PDF Generado por: Solución Gratuita DIAN
Nit:800197268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	0

Subtotal		153985427
Descuento detalle		0,00
Recargo detalle		0,00
Total Bruto Factura		153985427
IVA		0,00
INC		0,00
Bolsas		0,00
Otros impuestos		0
Total impuesto (=)		0
Total neto factura (=)		153985427
Descuento Global (-)		0,00
Recargo Global (+)		0,00
Total factura (=)	**COP $**	$ 153985427

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0

RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	

Subtotal		153.985.427,00
Descuento detalle		0,00
Recargo detalle		0,00
Total Bruto Factura		153.985.427,00
IVA		0,00
INC		0,00
Bolsas		0,00
Otros impuestos		0,00
Total impuesto (=)		0,00
Total neto factura (=)		153.985.427,00
Descuento Global (-)		0,00
Recargo Global (+)		0,00
Total factura (=) $	**COP**	$153.985.427,00

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0,00

RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

Numero de Autorización:	Rango desde:	Rango hasta:	Vigencia: 2026-02-24
18764089381478	3316	10000	

Alcaldia Municipal de Envigado	ACTA DE PAGO CONTRATO ÚNICA, PARCIAL O FINAL	Código: AR-F-056
		Versión: 02
		Página **1** de **8**

COPIA CONTROLADA

ACTA NUMERO 01	
25 DE FEBRERO DE 2025	
1. CONTRATO	
CONTRATISTA:	CORPORACION CENTRO CITA SALUD MENTAL
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	900081843-3
ENTIDAD BANCARIA:	BANCOLOMBIA
TIPO DE CUENTA:	CORRIENTE
NÚMERO DE CUENTA:	00927347211
CONTRATO Nº :	ENV-13-25-0316-25
FECHA DEL CONTRATO:	30 de diciembre de 2024
OBJETO DEL CONTRATO:	AUNAR ESFUERZOS, 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:	8 MESES
FECHA DE INICIO:	1 DE ENERO DE 2025
VALOR CONTRATO VIGENCIA:	$ 3.921.439.613
VALOR CONTRATO VIG. FUTURA:	$ $ 3.921.439.613
VALOR IVA:	$
VALOR TOTAL:	$ 3.921.439.613
FORMA DE PAGO:	El municipio de Envigado pagará al contratista en pagos parciales una vez el asociado mediante informes de operación demuestre la ejecución de avance de actividades autorizadas, según ejecución de actividades del presente contrato, teniendo en cuenta que el PAC, (Plan Anual de Caja), se encuentra establecido de la siguiente manera: Se paga el contrato de forma mensual conforme a realización de actividades con estos valores:

Actividades Psicoeducativas (Prevención del Suicidio)		1,575	$ 143,100
Actividades Psicoeducativas (ZOE)		5,624	$ 120,225
Actividades Psicoeducativas (Centro Escucha)		4,495	$ 100,281
Actividades Psicoeducativas (Línea de Atención SM)		1,664	$ 108,357
Actividades Psicoeducativas (Mitigación de las Adicciones)		610	$ 147,791
Actividades Psicoeducativas (PP Zona 2)		320	$ 281,727
Autopsias Psicológicas (Prevención del Suicidio)		8	$ 1,400,000
Actividades ocupacionales por esquizofrenia		9	$ 11,550,000
Encuentro académico en salud mental y prevención de las adicciones (a de		1	$ 50,000,000
Unidad Móvil		10	$ 1,000,000
Campañas de Sensibilización en Salud mental y Prevención de las Adicciol		8	$ 8,900,000
Capacitación al personal		4	$ 7,224,000
Festival (A demanda- bolsa)		6	$ 20,180,333
Desarrollo Software	1	$ 119,000,000	$ 119,000,000

Los costos indirectos se pagarán de manera periódica de acuerdo con valores unitarios que queden consignados en el anexo de Excel. Valores globales:

SERVICIOS PÚBLICOS (Contrafactura)	EQUIPOS INFORMATICOS	PAPELERÍA E INSUMOS (a bolsa)	DOTACIÓN PERSONAL(contrafactura)	TRANSPORTE
$ 1,790,387	$ 388,410	$ 19.582,327	$ 935,486	$ 910,335
$ 14,371,162	$ 1,165,229	$ 58 746,980	$ 2,506,457	$ 2,731,006
$ 9,580,775	$ 776,820	$ 39 164,653	$ 1,370,971	$ 1,820,671
$ 3,832,310	$ 310,728	$ 15 665,861	$ 668,388	$ 728,268
$ 1,916,155	$ 155,364	$ 7 832,930	$ 334,194	$ 364,134
$ 1,916,155	$ 155,364	$ 7.832,930	$ 334,194	$ 364,134
$ 36,406,944	**$ 2,951,915**	**$ 148.825,681**	**$ 6,349,690**	**$ 6,918,548**
$ 238,051	$ 19,301	$ 973,113	$ 41,518	$ 45,238
$ 2,209,109	$ 179,141	$ 9 031,705	$ 385,340	$ 419,862
$ 1,062,727	$ 86,167	$ 4 344,254	$ 185,349	$ 201,954
$ 212,545	$ 17,233	$ 868,851	$ 37,070	$ 40,391
$ 1,513,323	$ 122,702	$ 6 186,218	$ 263,937	$ 287,582
$ 614,171	$ 49,798	$ 2 510,632	$ 107,117	$ 116,713
$ 2,573,541	$ 208,666	$ 10,520,220	$ 448,948	$ 489,060
$ 8.423,767	**$ 683,008**	**$ 34,434,993**	**$ 1,469,179**	**$ 1,600,800**
$ 2,529,290	$ 205,078	$ 10,339,325	$ 441,130	$ 480,650
$ 2.529,290	**$ 205,078**	**$ 10.339,325**	**$ 441,130**	**$ 480,650**
$ 47,360,001	**$ 3,840,001**	**$ 193,599,999**	**$ 8,259,999**	**$ 8,999,998**

Lo anterior, de conformidad con la Circular expedida por la Secretaría de Hacienda y Dirección Financiera y Contable referente a las fecha de cierres contables, vigencia 2025; previa presentación de la factura o documento equivalente, en la cual se presentará 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), previa presentación de su informe de gestión mensual y certificación del recibo a entera satisfacción por parte del supervisor.

Nota: Los ítems anteriores se pagarán así: A bolsa, a necesidad se estipulan los siguientes ITEMS:

Encuentro Académico en Salud Mental y Prevención de las Adicciones (Forc)
Festival de Salud Mental (Estam).

Se determina lo requerido conforme se realice diagnóstico de los profesionales en relación a la salud mental, y esto se realiza durante la ejecución del contrato.
De los costos indirectos se estipulan a bolsa: Papelería e insumos.

A CONTRAFACTURA:

Alquiler de tabletas (costo indirecto) Servicios públicos mensuales

La supervisión del contrato debe pagar acorde con soportes idóneos, y con precios razonables del mercado, tanto en bolsa como en contra factura.

Contra factura implica que se pague conforme a lo que cobre el proveedor que alquile tabletas y al valor liquidado mensual en los servicios públicos, y con soporte idóneo.

Los precios que están en el presupuesto para alquiler de tabletas y servicios públicos mensuales son precio techo, y se pagara conforme a lo anotado anteriormente.

Valor del aporte del Asociado :'El asociado realizara un aporte de: 30% del valor del convenio por la suma de MIL CIENTO SETENTA Y SEIS MILLONES TRESCIENTOS TREINTA Y SEIS MIL PESOS M/L ($1.176.336.000) para la vigencia 2025.Valor del aporte del Municipio: El municipio de Envigado cuenta para este convenio con la suma de TRES MIL SEIS MILLONES CIENTO VEINTIOCHO MIL SETECIENTOS NOVENTA Y CUATRO PESOS M/L ($ 3.006.128.794), respaldado en el CDP No 13-2024-8155 expedido por la Secretaría de Hacienda para la vigencia 2024, representados así: Valor del aporte del Asociado: El asociado realizara un aporte del 30% del valor del convenio por la suma de MIL CIENTO SETENTA Y SEIS MILLONES TRESCIENTOS TREINTA Y SEIS MIL PESOS M/L ($1.176.336.000) para la vigencia 2025, representados así:

ACTIVIDAD	MESES	CANTIDAD	META	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
Valoración Por Profesional en Medicina con Especialización en Psiquiatría - 1 hora	8	128	16,00	255.000	32.640.000
Seguimiento por Profesional en Medicina con Especialización en Psiquiatría - 45 minutos	8	344	43,00	235.000	80.840.000
Valoración por Profesional en Medicina con Especialización en Toxicología - 1 hora	8	64	8,00	250.000	16.000.000
Seguimiento por Profesional en Medicina con Especialización en Toxicología - 45 minutos	8	128	16,00	230.000	29.440.000
Valoración inicial por Profesional en Psicología con Especialización en Farmacodependencia 60 minutos	8	176	22,00	180.000	31.680.000
Seguimiento por Profesional en Psicología con Especialización en Farmacodependencia - 45 minutos	8	480	60,00	165.000	79.200.000
Valoración Inicial por Profesional en Trabajo Social, Especialista en	8	176	22,00	180.000	31.680.000

Farmacodependencia - 60 minutos						
Seguimiento por Profesional en Trabajo Social, Especialista en Farmacodependencia - 45 minutos	8	352	44,00	165.000	58.080.000
Valoración Inicial por Profesional en Pedagogía Reeducativa, Especialista en Farmacodepencia - 60 minutos	8	176	22,00	180.000	31.680.000
Seguimiento por Profesional en Pedagogía Reeducativa, Especialista en Farmacodepencia - 45 minutos	8	352	44,00	165.000	58.080.000
Aplicación de Test e Informe (Psicología, Familia), por Profesional Especializado	8	651	81,38	150.000	97.650.000
Aplicación Prueba de Tóxicos 5 Sustancias, por Profesional Especializado y certificado por Medicina Legal	8	745	93,13	200.000	149.000.000
Grupos de apoyo - Cartilla - material educativo	8	160	20,00	635.400	101.664.000
Grupos psicoeducativos - material papelería	8	160	20,00	526.000	84.160.000
Taller Ocupacional (Madera, macramé, manicure) horas	8	10	250,00	81.500	20.375.000
Taller Transfórmate	8	6	150,00	145.000	21.750.000
Taller Apoyo Emocional con Mascotas	8	5	125,00	91.000	11.375.000
Taller comunicación y conciencia plena MINDFULNESS	8	6	150,00	145.000	21.750.000
Conferencia Con Neuropsicología para padres de Familia	8	6	1,00	2.500.000	15.000.000
Curso Rápido Prevención para Comunidad en General	8	6	150,00	53.000	7.950.000
Experiencia de Servicios para Jóvenes	8	1	0,13	12.000.000	12.000.000
Rumba Sana - Festival	8	4	0,50	6.300 000	25.200.000
Programa de Radio - Facebook live - Comunicador Social y Especialista en Adicciones	8	1	1,00	3.000 000	3.000.000
Material Educativo - Cartilla Salud Mental	8	4500	562,50	8.780	39.510.000
Talento Humano	8	8	1,00	7.750 000	62.000.000

	Insumos de aseo y Cafetería	8	8	1,00	3.709.000	29.672.000
	Papelería (hojas, tinta, lapiceros)	8	8	1,00	1.280.000	10.240.000
	Internet - Celular	8	8	1,00	190.000	1.520.000
	Alarma	8	8	1,00	150.000	1.200.000
	Mantenimiento Locativo	8	8	1,00	1.500.000	12.000.000
	TOTAL					**1.176.336.000**

PERIODO A PAGAR:	DEL 01 AL 31 DE ENERO DE 2025
FECHA DE SUSPENSIÓN:	Día de mes de año.
FECHA DE REINICIO:	Día de mes de año.
ACTA DE ADICION:	
FECHA DE ACTA ADICIÓN:	Día de mes de año.
VALOR ADICION:	$
TIEMPO DE ADICION:	X meses.
VALOR TOTAL DEL CONTRATO: (Valor contrato más adición)	$ 3.921.439.613

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 documentò	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				$ 153.985.427
2	Glosa(+)(-)				$
3	Subtotal (1+2)				$ 153.985.427
	Concepto de Impuesto	**% Impuesto**	**Base**	**Valor Impuesto**	**Tctales Impuestos**
4	IVA	19%	$	$	$
		5%	$	$	
5	Impuesto al consumo	XX%	$	$	$
6	**Total Impuestos (4+5)**				$
7	**Valor Total Cuota (3+6)**				$ 153.985.427
8	Menos valor Amortización Anticipo= (3x% de anticipo)			XX%	$
9	**Valor a Pagar del Acta (7-8)**				**$ 153.985.427**
Diligenciar los campos 9, 10 y 11 solo si hay compensación					
10	Tipo de Impuesto				$
11	Número de Factura				$
12	Valor de la Factura				$
Valor total a pagar al contratista (9-12)					$ 153.985.427

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
01-135-20250031	1/01/2025	**01-116-20250023**	1/01/2025	23202020090000 00001905054911 22001330802100 20610	01	$ 31.668.983
01-135-20250031	1/01/2025	01-116-20250023	1/01/2025	23202020090000 00001905020911 22001330802100 20610	02	$ 44:319.668
01-135-20250031	1/01/2025	01-116-20250023	1/01/2025	23202020090000 00001905054911 22001332402100 20610	03	$ 34.285.714
01-135-20250031	1/01/2025	01-116-20250023	1/01/2025	23202020090000 00001905054929 19001330502100 20610	04	$ 43.711.062

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)	$ (C = A – B)	☐	☐

8. RESPONSABLES

Para constancia firma:

Firma	
Nombre del Ordenador del Gasto Cargo	**SALOMÉ LONDOÑO ZAPATA** **SECRETARIA DE SALUD**

Elaboró	*espacio para firma*	Nombre completo: Cargo: Dependencia:	LINA MARCELA MONTOYA MEJIA AUXILIAR ADMINISTRATIVA SECRETARIA DE SALUD

Revisó y aprobó	Firma escaneada	Nombre completo: Cargo: Dependencia:	MARIA DEL MAR ARROYAVE TAMAYO DIR. SALUD MENTAL Y ADICCIONES SECRETARIA 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.

Nombre Supervisor Contrato	MARIA DEL MAR ARROYAVE TAMAYO
Correo electrónico:	maria.arroyave@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-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			