ALCALDÍA DE ENVIGADO

BPAG_A

324 - TRANSFERENCIA ELECTRONICA

Documento de Pago : 324 - 202504551 **Fecha :** 08-MAY-2025

Cuenta Pagadora : 245000173-27 - BANCOLOMB ESTAM ADULTO MAYOR

Documento de Causación: 202-202502795 **Radicado :** 28017

Contrato: ENV-16-09-0264-25 **Acta de pago :** 4

Tercero : 43868444 - CONRADO DIAZ LIZETTE

Beneficiario : 43868444 - CONRADO DIAZ LIZETTE

Cuenta Beneficiario	Entidad Financiera	Tipo de Cuenta
01966508651	BANCOLOMBIA	A

Concepto: ACTA DE PAGO 4 CO ENV-16-09-0264-25 PERIODO 1 30 ABR 2025. PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES EN PSICOLOGÍA DIRIGIDO A LAS PERSONAS MAYORES ADSCRITAS A LA CIRECCIÓN DE ENVEJECIMIENTO Y VEJEZ DE LA SECRETARÍA DE BIENESTAR SOCIAL DEL MUNICIPIO DE ENVIGADO

Cuenta		Descripción	Valor
202	202502795	CONRADO DIAZ LIZETTE	5,290,655.00
			5,290,655.00

Elaboró

Revisó

Aprobó

Fecha de Aplicacion: 08-MAY-2025 Usuario: ELIDARRAGA Terminal: ENVIGADO\ALCTESPRO3:

06 MAY 2025
9:22 am

ALCALDÍA DE ENVIGADO

CUENTA POR PAGAR

Beneficiario : CONRADO DIAZ LIZETTE — CC-NIT: 43868444 — Fecha: 05-05-2025

Direccion : CL 48 F SUR 39 B 314 INT 1306 — Telefono : 604-3328349 — Fecha Vencimiento : 05-05-2025

Observacion: ACTA DE PAGO 4 CO ENV-16-09-0264-25 PERIODO 1 30 ABR 2025. PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES EN PSICOLOGÍA DIRIGIDO A LAS PERSONAS MAYORES ADSCRITAS A LA DIRECCIÓN DE ENVEJECIMIENTO Y VEJEZ DE LA SECRETARÍA DE BIENESTAR SOCIAL DEL MUNICIPIO DE ENVIGADO

Valor Bruto : 5,290,655.00

CXP. No. 202 202502795

Factura No. 13

Soporte : CONTRATO No. ENV-16-09-0264-25 4

Tipo Cuenta: A

N. Cta Bancaria: 01966508651 — Nombre Entidad Financiera: BANCOLOMBIA

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

Concepto	Descripcion del Concepto	Valor del Concepto
9535	HONORARIOS CONTRATISTAS	5,290,655.00

Movimiento Presupuestal

RP	Codigo	Fuente	CI	Cta. Financiera	Valor
20250343 1	2320202009000000004104008934910016300001102010 3	3 - 110	01	BANCOL 7327	5,290,655.00

Movimiento Contable

Cta. Contable	Descripcion	Tercero	CI	Debito	Credito
249054	Honorarios	43868444	01		5,290,655.00
55070802	Honorarios	43868444	01	5,290,655.00	

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 : $ 5,290,655.00 — CINCO MILLONES DOSCIENTOS NOVENTA MIL SEISCIENTOS CINCUENTA Y CINCO PESO(S) CON 0/100 M/CTE

ESTADO ACTIVO.

SALDO :$ 5,290,655.00

RADICADO: 28017

JHON PAUL HERNANDEZ BUSTAMANTE	ANA MARIA MESA BETANCOUR	NELSON ENRIQUE MONSALVE
Elaborado Cuentas por Pagar	Solicitado Por:	Autorizado Por:

REVISADO
Tesorería

20250279S

Envigado, 02 de mayo de 2025

CUENTA DE COBRO **Nº 13**
EL MUNICIPIO DE ENVIGADO
NIT Nº 890.907.106-5
DEBE A:
Lizette Conrado Díaz
C.C. 43.868.444 de Envigado.

Alcaldía de Envigado
0028017-0000007-20250502
1600 - 2025/05/02 09:48:26

La suma de CINCO MILLONES DOSCIENTOS NOVENTA MIL SEISCIENTOS CINCUENTA Y CINCO M/L **($5.290.655)**, concepto de **Acta de pago N° 4** del contrato Nº **ENV-16-09-0264-25**, cuyo objeto es: Prestación de servicios profesionales en Psicología dirigido a las personas mayores adscritas a la Dirección de Envejecimiento y Vejez de la Secretaría de Bienestar Social del Municipio de Envigado.

Periodo: 01 de abril al 30 de abril de 2025

Favor consignar estos recursos en la Cuenta de Ahorros Nº 01966508651 de Bancolombia

Certifico bajo la gravedad de juramento que he cancelado los aportes a la seguridad social correspondiente al mes de **abril** con el número de planilla **N° 77470526** y fecha de pago **24 de abril de 2025.**

9535

Aporte Fondo de Pensiones: $ 338.700
Aporte Fondo de Salud: $ 264.600
Asegura de Riesgos Laborales: $ 11.100
Total seguridad social: **$ 614.400**

"Bajo la gravedad de juramento me permito manifestar lo siguiente:

1. Soy residente fiscal colombiana 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 de 2025.
Si _ NO X

4. Pertenezco al régimen simple de Tributación:
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 artículo 383 del ET fuere inferior al acá solicitado."

LIZETTE CONRADO DIAZ

CC 43.868.444 de Envigado

Tel: 301 436 58 00

ACTA NUMERO 04	
02 de mayo de 2025.	
1. CONTRATO	
CONTRATISTA:	Lizette Conrado Diaz
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	C.C. 43.868.444
ENTIDAD BANCARIA:	Bancolombia
TIPO DE CUENTA:	Ahorros
NÚMERO DE CUENTA:	01966508651
CONTRATO Nº :	ENV-16-09-0264-25
FECHA DEL CONTRATO:	14 de enero de 2025
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestación de servicios profesionales en Psicología dirigido a las personas mayores adscritas a la Dirección de Envejecimiento y Vejez de la Secretaría de Bienestar Social del Municipio de Envigado
PLAZO:	334 días
FECHA DE INICIO:	15 de enero de 2025 (Esp. cuando sea urgencia manifiesta)
VALOR CONTRATO VIGENCIA:	$58.197.205
VALOR CONTRATO VIG. FUTURA:	N/A
VALOR IVA:	N/A
VALOR TOTAL:	$58.197.205
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 (sa ud, 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:	01 de abril de 2025 al 30 de abril de 2025

FECHA DE SUSPENSIÓN:	N/A
FECHA DE REINICIO:	N/A
ACTA DE ADICION:	N/A
FECHA DE ACTA ADICIÓN:	N/A
VALOR ADICION:	$0
TIEMPO DE ADICION:	N/A
VALOR TOTAL DEL CONTRATO: (Valor contrato más adición)	$58.197.205

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	**77470526**
Periodo de cotización	**04-2025**
Fecha de pago	**24 de abril de 2025**
Valor base de cotización	**$ 2.116.262**
Valor pagado en salud	**$ 264.600**
Valor pagado en pensión	**$ 338.700**
Valor pagado ARL según tipo de riesgo	**$ 11.100**

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				$ 5.290.655
2	Glosa(+)(-)				$0
3	Subtotal (1+2)				$ 5.290.655
	Concepto de Impuesto	**% Impuesto**	**Base**	**Valor Impuesto**	**Totales Impuestos**
4	IVA	19%	$	$	$
		5%	$	$	
5	Impuesto al consumo	XX%	$	$	$
6	**Total Impuestos (4+5)**				$
7	**Valor Total Cuota (3+6)**				$ 5.290.655
8	Menos valor Amortización Anticipo= (3x% de anticipo)		XX%		$
9	**Valor a Pagar del Acta (7-8)**				$5.290.655
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)					$ 5.290.655

6. ENDOSO DEL PAGO

DILIGENCIAR SOLO SI TIENE ENDOSO

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

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
01-110-20250329	9/01/2025	01-111-20250343	14/01/2025	23202020090000000004104008934910016300001102010 3	01	$5.290.655

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
N/A	N/A	$ (A)	$ (B)	$ (C = A – B)	☐	☐

8. RESPONSABLES

Para constancia firma:

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

Elaboró		Nombre completo: Cargo: Dependencia:	Diana Marcela Molina Galeano Profesional Universitario Secretaría de Bienestar Social
Revisó y aprobó		Nombre completo: Cargo: Dependencia:	Juliana Taborda Cordoba Profesional Universitario -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	Diana Marcela Molina Galeano
Correo electrónico:	diana.molina@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