ALCALDÍA DE ENVIGADO

BPAG_A

324 - TRANSFERENCIA ELECTRONICA

Documento de Pago : 324 - 202505139 **Fecha :** 15-MAY-2025

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

Documento de Causación: 202-202503305 **Radicado :** 29469

Contrato: ENV-13-32-0248-25-1 **Acta de pago :** # 02

Tercero : 901167990 - JUNTA MEDICO LABORAL IPS SAS

Beneficiario : 901167990 - JUNTA MEDICO LABORAL IPS SAS

Cuenta Beneficiario	Entidad Financiera	Tipo de Cuenta
43691495818	BANCOLOMBIA	A

Concepto: ACTA PAGO 2 CO ENV-13-32-0248-25-1 PERIODO ABR 2025 PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES PARA REALIZAR EL REGISTRO DE LOCALIZACIÓN, CARACTERIZACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD CON EL FIN QUE LAS PERSONAS INICIEN PROCESOS LEGALES Y DE REHABILITACIÓN

Cuenta		Descripción	Valor
202	202503305	JUNTA MEDICO LABORAL IPS SAS	4,973,311.00
			4,973,311.00

Elaboró

Revisó

Aprobó

Fecha de Aplicacion: 15-MAY-2025 Usuario: ELIDARRAGA Terminal: ENVIGADO\ALCTESPRO3:

ALCALDÍA DE ENVIGADO

09 MAY 2025

09 MAY 2025 3:40

CUENTA POR PAGAR

Beneficiario : JUNTA MEDICO LABORAL IPS SAS — CC-NIT: 901167990 — Fecha: 09-05-2025

Direccion : CR 48 46 A SUR 107 ZN 1 — Telefono : 000 — Fecha Vencimiento : 09-05-2025

Observacion: ACTA PAGO 2 CO ENV-13-32-0248-25-1 PERIODO ABR 2025 PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES PARA REALIZAR EL REGISTRO DE LOCALIZACIÓN, CARACTERIZACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD CON EL FIN QUE LAS PERSONAS INICIEN PROCESOS LEGALES Y DE REHABILITACIÓN

Valor Bruto : 5,235,063.00

CXP. No. 202 202503305

Factura No. JML 16320

Soporte : CONTRATO No. ENV-13-32-0248-25-1 # 02

Tipo Cuenta: A

N. Cta Bancaria: 43691495818 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	5,235,063.00

Movimiento Presupuestal

RP	Codigo	Fuente	CI	Cta. Financiera	Valor
20251147 1	2320202009000000001905040911220013340021002011O	3 - 100	01	RP BBVA 1985 FLS	5,235,063.00

Movimiento Contable

Cta. Contable	Descripcion	Tercero	CI	Debito	Credito
24360507	Retencion por servicios prestados por empresas de vi	901167990	01		104,701.00
243627	Retencion impuesto de industria y comercio - Compra	901167990	01		36,645.00
249054	Honorarios	901167990	01		4,973,311.00
41057689002	Estampilla Adulto Mayor	901167990	01		104,701.00
41100104	Tasa prodeporte contratos adjudicados por el Municpi	901167990	01		15,705.00
55020528	Honorarios	901167990	01	5,235,063.00	

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
RETENCION TASA PRO DEPORTE Y RECREACION MCPAL	.3	.00	15,705.00	5,235,063.00
RETEFUENTE POR SERVICIOS PRESTADOS POR EMPRESA:	2	.00	104,701.00	5,235,063.00
ESTAMPILLA ADULTO MAYOR	2	.00	104,701.00	5,235,063.00
RETENCION INDUSTRIA Y COMERCIO 7/1000	.7	.00	36,645.00	5,235,063.00
Total Cargos y Retenciones :		.00	261,752.00	

Deducciones en el Pago

Concepto	%	Retención	Valor Base

Total Deducciones :

NETO A PAGAR : $ 4,973,311.00 CUATRO MILLONES NOVECIENTOS SETENTA Y TRES MIL TRESCIENTOS ONCE PESO(S) CON 0/100 M/CTE

ESTADO ACTIVO

SALDO :$ 4,973,311.00

RADICADO: 29469

CONRADO ANTONIO ESPINOSA ESPINOS
Elaborado Cuentas por Pagar

CESAR CAMILO MESA VELEZ
Solicitado Por:

NELSON ENRIQUE MONSALVE
Autorizado Por

REVISADO
Tesoreria

JUNTA MEDICO LABORAL IPS SAS

Junta Médico Laboral
IPS DE CALIFICACIÓN Y REINTEGRO LABORAL

Nit: 901167990 - 2
Direccion: CRA 48 46 A SUR 107
Correo:
Ciudad: ENVIGADO
Telefono: 4440120

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA

Número JML - 16320
Fecha: 6/05/2025
Fecha Vcto: 5/06/2025
Forma pago: Crédito 30 días

INFORMACIÓN DEL ADQUIRIENTE		INFORMACIÓN DEL PACIENTE	
Señores:	MUNICIPIO DE ENVIGADO	Nombre:	VANEGAS SIERRA GUILLERMO
Nit / C.C.:	890907106- 5	Identificación:	70567881
Dirección:	CR 43 38 SUR 35	Categoria:	RANGO A
E mail:	alexandra.marin@envigado.gov.co	Fecha y Hora de Validación DIAN:	06/05/2025
Telefono:	3861256	Sucursal:	JUNTA MEDICO LABORAL
Ciudad:	ENVIGADO	Profesional:	MARITZA LILIANA RUEDA BELTRAN
Empresa en mision:	MUNICIPIO ENVIGADO	Autorizacion:	1154459

LIN	CODIGO	DESCRIPCION	UND	CANT	% IVA	VR. UNITARIO	VR. TOTAL
1	01890262-6	Certificado de Discapacidad (Según resolución 1197 de Julio 2024)	UND	31		168.873	5.235.063

9991
14"
192
262
494

Alcaldía de Envigado
0029469-0000007-20250507
1300 - 2025/05/07 14:09:49

Observaciones: 31 PACIENTES CERTIFICADOS DEL 1 AL 30 DE ABRIL

Valor En Letras: CINCO MILLONES DOSCIENTOS TREINTA Y CINCO MIL SESENTA Y TRES

SUBTOTAL	**$ 5.235.063**
DESCUENTOS	$ 0
I.V.A.	$ 0
TOTAL FACTURA	$ 5.235.063
RETEFUENTE	$ 0
VALOR A PAGAR	**$ 5.235.063**

FAVOR APLICAR RETENCIÓN DEL 2% SOMOS IPS PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD, DE SEGUN "Articulo 1.2.4.4.12. De acuerdo con el inciso 5° del articulo 392 del Estatuto Tributario.

POR FAVOR CONSIGNAR EN LA CUENTA AHORROS BANCOLOMBIA Nº 436-914958-18 A NOMBRE DE JUNTA MEDICO LABORAL IPS S.A.S

Factura electronica. Esta factura se asimila para todos los efectos a una letra de cambio según el artículo 5° de la ley 1231 de 2008. Excusando protesto, el aviso de rechazo y la prescripción del pago. El cliente acepta que la(s) persona(s) que firman la presente Factura tiene(n) autorización para ello y por lo tanto en ese acto es (son) representante(s) del cliente, el cual se hace responsable de la transacción y aceptación de la misma de acuerdo al artículo 2° de la ley 1231. El incumplimiento del pago de esta factura causa intereses de mora a la tasa máxima legal vigente.

Elaborado Por: **NATALIA VANEGAS GOMEZ**

Autorización de numeración según resolución de Facturación 18764073170962 del 18/06/2024 Hasta el 18/06/2025 del No JML 14.367 al No JML 20.000

Codigo CUFE: 1690655d11cf262ba9f48ade7b0bc051124bf15d335206a12fe4747c2b6db537d600e7d66518ae430e6fa0e2713dac67

ACTA NUMERO 02

7 DE MAYO DE 2025

1. CONTRATO

CONTRATISTA:	JUNTA MÉDICO LABORAL I.P.S. S.A.S.
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	901167990-2
ENTIDAD BANCARIA:	BANCOLOMBIA
TIPO DE CUENTA:	AHORROS
NÚMERO DE CUENTA:	436-914958-18
CONTRATO Nº :	ENV-13-32-0248-25-1
FECHA DEL CONTRATO:	26 DE FEBRERO DE 2025
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES PARA REALIZAR EL REGISTRO DE LOCALIZACIÓN, CARACTERIZACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD CON EL FIN QUE LAS PERSONAS INICIEN PROCESOS LEGALES Y DE REHABILITACIÓN
PLAZO:	298 DÍAS
FECHA DE INICIO:	10 de marzo de 2025
VALOR CONTRATO VIGENCIA:	$ 50.000.000
VALOR CONTRATO VIG. FUTURA:	$
VALOR IVA:	$
VALOR TOTAL:	$ 50.000.000
FORMA DE PAGO:	EL MUNICIPIO DE ENVIGADO REALIZARÁ EL PAGO AL CONTRATISTA, DE LA SIGUIENTE FORMA: EL PAGO LO HARÁ EL MUNICIPIO DE ENVIGADO AL CONTRATISTA, EN LA CAJA DE LA TESORERÍA MUNICIPAL O POR TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA, PREVIA PRESENTACIÓN DE LA CUENTA DE COBRO O FACTURA DEBIDAMENTE LEGALIZADA. ESTE PAGO **SE HARÁ EN PAGOS PARCIALES SEGÚN SERVICIO EFECTIVAMENTE PRESTADO** Y RECIBIDO A ENTERA SATISFACCIÓN, SEGÚN

	CERTIFICADO Y CONTROL DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO; PAGO QUE SE HARÁ CON SUJECIÓN AL PLAN ANUAL DE CAJA P.A.C.. PARA CADA PAGO EL CONTRATISTA DEBERÁ ACREDITAR ESTAR A PAZ Y SALVO POR CONCEPTO DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCAL: PERSONA NATURAL: SALUD, PENSIÓN Y RIESGOS LABORALES, CUANDO APLIQUE. PERSONA JURIDICA: SALUD, PENSIÓN Y RIESGOS LABORALES DE SUS EMPLEADOS Y APORTES PARAFISCALES EMITIDO POR EL REPRESENTANTE LEGAL O REVISOR FISCAL (EN CASO DE SER PERSONA JURÍDICA) **NOTA:** EL MUNICIPIO DE ENVIGADO CONTARÁ CON UN TÉRMINO DE CUARENTA Y CINCO (45) DÍAS HÁBILES SIGUIENTES A LA FECHA DE RADICACIÓN DE LA FACTURA, PARA REALIZAR CADA DESEMBOLSO. **PARÁGRAFO:** COMO UN REQUISITO PARA LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO, ES LA INSCRIPCIÓN DE LA CUENTA FINANCIERA POR PARTE DEL PROPONENTE SELECCIONADO A LA CUAL EL MUNICIPIO LE HARÁ LOS PAGOS QUE SE DERIVEN DE LA CONTRATACIÓN.
PERIODO A PAGAR:	DEL 01 AL 30 DE ABRIL 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)**	$ 50.000.000

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 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				$ 5.235.063
2	Glosa(+)(-)				$
3	Subtotal (1+2)				$ 5.235.063
	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)**				$ 5.235.063
8	Menos valor Amortización Anticipo= (3x% de anticipo)			XX%	$
9	**Valor a Pagar del Acta (7-8)**				$ 5.235.063
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)					**$ 5.235.063**

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
01-110-20250613	21/01/2025	01-111-20251147	26/02/2025	23202020090000 00001905040911 22001334002100 20110	01	$ 5.235.063

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	espacio para firma
Nombre del Ordenador del Gasto Cargo	**CESAR CAMILO MESA VÉLEZ** **SECRETARIO DE SALUD (E)**

Elaboró	espacio para firma	Nombre completo: Cargo: Dependencia:	LINA MARCELA MONTOYA MEJIA AUXILIAR ADMINISTRATIVA SECRETARIA DE SALUD
Revisó y aprobó	espacio para firma	Nombre completo: Cargo: Dependencia:	ALEXANDRA MARÍA MARÍN LEÓN AUXILIAR ADMINISTRATIVA 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.	ALEXANDRA MARÍA MARÍN LEÓN
Correo electrónico:	Alexandra.marin@envigado.gov.co – lina.montoya@envigado.gov.co

9. NOTAS

Notas.	• *La información y firmas de elaboró, Revisó y aprobó san 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