ALCALDÍA DE ENVIGADO

BPAG_A

324 - TRANSFERENCIA ELECTRONICA

Documento de Pago : 324 - 202506312 **Fecha :** 10-JUN-2025

Cuenta Pagadora : 01968405744 - BANCOLOMBIA AHORROS R.PROPIOS

Documento de Causación: 202-202504282 **Radicado :** 36616

Contrato: ENV-12-09-1633-25 **Acta de pago :** 5

Tercero : 21527275 - RAMIREZ AGUDELO SARA CATALINA

Beneficiario : 21527275 - RAMIREZ AGUDELO SARA CATALINA

Cuenta Beneficiario	Entidad Financiera	Tipo de Cuenta
43635288133	BANCOLOMBIA	A

Concepto: ACTA DE PAGO 5 CO ENV-12-09-1633-25 PERIODO MAY 2025. PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE ASESORAMIENTO PARA GARANTIZAR LA OPERATIVIDAD EN LOS PLANES ESTRATÉGICOS DE LOS PLANES DE NIÑEZ Y PRIMERA INFANCIA

Cuenta		Descripción	Valor
202	202504282	RAMIREZ AGUDELO SARA CATALINA	5,983,648.00
			5,983,648.00

Elaboró

Revisó

Aprobó

Fecha de Aplicacion: 10-JUN-2025 Usuario: ELIDARRAGA Terminal: ENVIGADO\ALCTESPRO3:

05 JUN 2025
11:14am

ALCALDÍA DE ENVIGADO

CUENTA POR PAGAR

Beneficiario : RAMIREZ AGUDELO SARA CATALINA **CC-NIT:** 21527275 **Fecha:** 04-06-2025

Direccion : DG 33 A 34 E SUR 06 AP 2011 **Telefono :** 034-2705291 **Fecha Vencimiento :** 04-06-2025

Observacion: ACTA DE PAGO 5 CO ENV-12-09-1633-25 PERIODO MAY 2025. PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE ASESORAMIENTO PARA GARANTIZAR LA OPERATIVIDAD EN LOS PLANES ESTRATÉGICOS DE LOS PLANES DE NIÑEZ Y PRIMERA INFANCIA

Valor Bruto : 5,983,648.00

CXP. No. 202 202504282

Factura No. 56

Soporte : CONTRATO No. ENV-12-09-1633-25 5

Tipo Cuenta: A

N. Cta Bancaria: 43635288133 **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	5,983,648.00

Movimiento Presupuestal

RP	Codigo	Fuente	CI	Cta. Financiera	Valor
20250287	2320202008000000004102001831110012300001002017	3 - 100	01	RP	5,983,648.00

Movimiento Contable

Cta. Contable	Descripcion	Tercero	CI	Debito	Credito
249054	Honorarios	21527275	01		5,983,648.00
55070802	Honorarios	21527275	01	5,983,648.00	

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 : $ 5,983,648.00 CINCO MILLONES NOVECIENTOS OCHENTA Y TRES MIL SEISCIENTOS CUARENTA Y OCHO PESO(S) CON 0/100 M/CTE

ESTADO ACTIVO.

SALDO :$ 5,983,648.00

RADICADO: 36616

CONRADO ANTONIO ESPINOSA ESPINOS	JAZMIN ANDREA GONZALEZ ARIAS	NELSON ENRIQUE MONSALVE
Elaborado Cuentas por Pagar	Solicitado Por:	Autorizado Por:

REVISADO
Tesorería

Envigado, 03 de junio de 2025.

Alcaldía de Envigado
0036616-0000007-20250603
0900 - 2025/06/03 16:35:52

CUENTA DE COBRO N°056-2025

MUNICIPIO DE ENVIGADO
NIT: 890.907.106-5
DEBE A:

SARA CATALINA RAMIREZ AGUDELO
C.C 21.527.275

La suma de: **CINCO MILLONES NOVECIENTOS OCHENTA Y TRES MIL SEISCIENTOS CUARENTA Y OCHO PESOS M/CTE ($5.983.648), NO RESPONSABLE DE IVA** por concepto de Acta de Pago N°05 correspondiente al contrato **ENV-12-09-1633-25**, cuyo objeto es la "**PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE ASESORAMIENTO PARA GARANTIZAR LA OPERATIVIDAD EN LOS PLANES ESTRATÉGICOS DE LOS PLANES DE NIÑEZ Y PRIMERA INFANCIA**".

9535

Periodo: Del 01 de mayo al 31 de mayo de 2025.
Anexo el informe de gestión contratistas del periodo de la referencia.

He cancelado los aportes a la seguridad social mediante Planilla de Pago Nr.**77883671**, correspondiente al mes de mayo discriminado así y con fecha de pago del 10 de mayo de 2025:

EPS:	$ 623.600
Fondo pensiones:	$ 798.200
ARL:	$ 26.100
Total Pagado:	**$ 1.447.900**

CONTIENE ANEXOS

"Bajo gravedad de juramento me permito manifestar lo siguiente:

1. ***Soy residente fiscal colombiano de conformidad con el artículo 10 del Estatuto Tributario:***
   SI __X__ ***NO*** _____

2. ***Soy declarante de renta:***
   SI __X__ ***NO*** _____

3. ***Sobre los ingresos recibidos, por la ejecución del presente contrato, incurro en costos y gastos que serán imputados en mi declaración de renta 2025:***
   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 que el porcentaje resultante de la aplicación del procedimiento establecido en el artículo 383 del ET fuere inferior al acá solicitado.*

4. ***Pertenezco al régimen simple de Tributación:***
   SI _____ ***NO*** __X__

Solicito que estos valores sean pagados en la cuenta de ahorros número **43635288133** de **BANCOLOMBIA.**

SARA CATALINA RAMIREZ AGUDELO
CC. 21.527.275

ACTA NUMERO 05

3 de junio de 2025

1. CONTRATO

CONTRATISTA:	SARA CATALINA RAMIREZ AGUDELO
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	21527275
ENTIDAD BANCARIA:	BANCOLOMBIA
TIPO DE CUENTA:	AHORROS
NÚMERO DE CUENTA:	43635288133
CONTRATO Nº :	ENV-12-09-1633-25
FECHA DEL CONTRATO:	13 de enero de 2025
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE ASESORAMIENTO PARA GARANTIZAR LA OPERATIVIDAD EN LOS PLANES ESTRATÉGICOS DE LOS PLANES DE NIÑEZ Y PRIMERA INFANCIA
PLAZO:	El plazo estimado para la ejecución del objeto contractual será doscientos noventa y ocho (298) días calendario y en todo caso no podrá superar la correspondiente vigencia fiscal.
FECHA DE INICIO:	13 de enero de 2025 (Esp. cuando sea urgencia manifiesta)
VALOR CONTRATO VIGENCIA:	$58.639.750
VALOR CONTRATO VIG. FUTURA:	$
VALOR IVA:	$
VALOR TOTAL:	$58.639.750
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, tareas, productos realizadas, desarrolladas o entregadas durante el periodo a pagar y de acuerdo al plazo establecido en el contrato. En todo caso 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 seguridad social integra (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:	01 de mayo al 31 de mayo 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)	$

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	**77883671**
Periodo de cotización	**05-2025**
Fecha de pago	**10/05/2025**
Valor base de cotización	**$4.988.500**

Valor pagado en salud	**$623.600**
Valor pagado en pensión	**$798.200**
Valor pagado ARL según tipo de riesgo	**$26.100**

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				$5.983.648
2	Glosa(+)(-)				$
3	Subtotal (1+2)				$5.983.648
	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)**				$5.983.648
8	Menos valor Amortización Anticipo= (3x% de anticipo)		XX%		$
9	**Valor a Pagar del Acta (7-8)**				$5.983.648
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)					$5.983.648

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
01-110-20250372	10/01/2025	**01-111-20250287**	13/01/2025	23202020080000000004102001831110012300001002017	01	$5.983.548

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	**Jazmín Andrea González Arias** **Secretaria de Educación**

Elaboró	*espacio para firma*	Nombre completo: Cargo: Dependencia:	Christian Felipe Moros Muñoz Asesor Secretaría de Educación
Revisó y aprobó	*espacio para firma*	Nombre completo: Cargo: Dependencia:	Christian Felipe Moros Muñoz Asesor 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.

Nombre Supervisor Contrato	Christian Felipe Moros Muñoz
Correo electrónico:	Christian.moros@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			