ALCALDÍA DE ENVIGADO BPAG_A

324 - TRANSFERENCIA ELECTRONICA

Documento de Pago : 324 - 202505451 **Fecha :** 22-MAY-2025

Cuenta Pagadora : 01968405744 - BANCOLOMBIA AHORROS R.PROPIOS

Documento de Causación: 202-202503615 **Radicado :** 31715

Contrato: ENV-24-09-0387-25. **Acta de pago :** 002-2025

Tercero : 900830251 - CORPORACION SEMILLAS DE BIENESTAR
Beneficiario : 900830251 - CORPORACION SEMILLAS DE BIENESTAR

Cuenta Beneficiario	Entidad Financiera	Tipo de Cuenta
33100001499	BANCOLOMBIA	A

Concepto: ACTA PAGO 2 CO ENV-24-09-0387-25 PERIODO 9 FEB 8 MAR 2025 PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES ENTRE LOS 6 AÑOS Y 17 AÑOS, CON DISCAPACIDAD, HABITANTE EN SITUACIÓN DE CALLE Y/O CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS DEL MUNICIPIO DE ENVIGADO, EN PROCESO

Cuenta		Descripción	Valor
202	202503615	CORPORACION SEMILLAS DE BIENESTAR	5,354,000.00
			5,354,000.00

Elaboró Revisó Aprobó

Fecha de Aplicacion: 22-MAY-2025 Usuario: ELIDARRAGA Terminal: ENVIGADO\ALCTESPRO3:

ALCALDÍA DE ENVIGADO

20 MAY 2025
10:30

CUENTA POR PAGAR

Beneficiario : CORPORACION SEMILLAS DE BIENESTAR **CC-NIT:** 900830251 **Fecha:** 19-05-2025

Direccion : VDA EL ZARZAL SECTOR CURAZAO FCA PIEDRAS BLANC **Telefono :** 604-4487703 **Fecha Vencimiento :** 19-05-2025

Observacion: ACTA PAGO 2 CO-ENV-24-09-0387-25 PERIODO 9 FEB 8 MAR 2025 PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES ENTRE LOS 6 AÑOS Y 17 AÑOS, CON DISCAPACIDAD, HABITANTE EN SITUACIÓN DE CALLE Y/O CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS DEL MUNICIPIO DE ENVIGADO, EN PROCESO DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS, QUE REQUIERAN MEDIDA DE UBICACIÓN INICIAL EMITIDA POR AUTORIDAD ADMINISTRATIVA.

Valor Bruto : 5,354,000.00

CXP. No. 202 202503615

Factura No. CB 283

Tipo Cuenta: A

Soporte : CONTRATO No. ENV-24-09-0387-25 002-2025

N. Cta Bancaria: 33100001499 **Nombre Entidad Financiera:** BANCOLOMBIA

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

Concepto	Descripcion del Concepto	Valor del Concepto
9628	HONORARIOS DIFERENTES A CONTRATISTAS - FUNCIIONAMIENTO	5,354,000.00

Movimiento Presupuestal

RP	Codigo	Fuente	CI	Cta. Financiera	Valor
20250212 1	2320202009000000004501029935000024300001002077 5	3 - 100	01	RP	5,354,000.00

Movimiento Contable

Cta. Contable	Descripcion	Tercero	CI	Debito	Credito
249054	Honorarios	900830251	01		5,354,000.00
51117901	Honorarios - Personas Juridicas	900830251	01	5,354,000.00	

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 : $ 5,354,000.00 CINCO MILLONES TRESCIENTOS CINCUENTA Y CUATRO MIL PESO(S) CON 0/100 M/CTE

ESTADO ACTIVO.

SALDO :$ 5,354,000.00

RADICADO: 31715

CONRADO ANTONIO ESPINOSA ESPINOS	DANIEL JAIME GOMEZ ALARCON	NELSON ENRIQUE MONSALVE
Elaborado Cuentas por Pagar	Solicitado Por:	Autorizado Por:

REVISADO

Tesorería

CORPORACION SEMILLAS DE BIENESTAR CORSEBIEN
NIT 900.830.281-8
CRA.84A 15 74
Tel: (034) 4447703
Medellin - Colombia
corsebien2014@gmail.com

Factura electrónica de venta
No. CB 283

Señores	MUNICIPIO DE ENVIGADO			**Fecha y hora Factura**	
NIT	890.907.106-5	**Teléfono**	(604) 3394024 - Ext. 000	**Generación**	07/04/2025, 14:40
Dirección	CR 43 38 SUR 35	**Ciudad**	Envigado - Colombia	**Expedición**	07/04/2025, 14:42
				Vencimiento	07/04/2025

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Total
1	PRESTACION DE SERVICIOS PARA LA ATENCION INTEGRAL DELOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES ENTRE LOS 6 AÑOS Y 17AÑOS, CON DISCAPACIDAD, HABITANTE EN SITUACION DECALLE Y/O CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS DELMUNICIPIO DE ENVIGADO, EN PROCESO DERESTABLECIMIENTO DE DERECHOS, QUE REQUIERANMEDIDA DE UBICACION INICIAL EMITIDA POR AUTORIDADESADMINISTRATIVAS.	1.00	3,344,000.00
2	COSTOS ADMINISTRATIVOS	1.00	2,010,000.00

CONTIENE ANEXOS

Alcaldía de Envigado
0031715-0000007-20250515
1100 - 2025/05/15 16:04:50

9628
494

Total items: 2

Valor en Letras:
Cinco millones trescientos cincuenta y cuatro mil pesos m/cte

Total Bruto	5,354,000.00
Total a Pagar	5,354,000.00

Forma de pago:
Crédito

Medio de pago:
Otro - Clientes Nacionales - Cuota No. 001 vence el 2025-04-07 por $ 5,354,000.00

Observaciones:
PERIODO DE FACTURACION DEL 9 DE FEBRERO AL 8 DE MARZO
POR FAVOR CONSIGNAR CUENTA DE AHORROS BANCOLOMBIA N°331-000014-99

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. **Número Autorización Electrónica 18764072209341 aprobado en 20240603 prefijo CB desde el número 201 al 300 Vigencia: 12 Meses**
Responsable de IVA - Actividad Económica 9499 Actividades de otras asociaciones n.c.p. Tarifa
CUFE: 51b2444571fec5be14f1498044159919Of3120909b21c1335055b00a2195269b7f4c98a6878adab34ba0ba702804e477

Fabricante Software y Proveedor tecnológico: Siigo SAS - Nit 830.048.145-8. Nombre Software: Siigo Nube. Firma electrónica: ver en el XML

ACTA NUMERO 02

15 MAY 2025

1. CONTRATO

CONTRATISTA:	CORPORACION SEMILLAS DE BIENESTAR
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	900.830.251-8
ENTIDAD BANCARIA:	BANCOLOMBIA
TIPO DE CUENTA:	AHORROS
NÚMERO DE CUENTA:	33100001499
CONTRATO Nº :	ENV-24-09-0387-25
FECHA DEL CONTRATO:	8/01/2025
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestación de servicios para la atención integral de los niños, niñas y adolescentes entre los 6 años y 17 años, con discapacidad, habitante en situación de calle y/o consumo de sustancias psicoactivas del Municipio de Envigado, en proceso de restablecimiento de derechos, que requieran medida de ubicación inicial emitida por autoridad administrativa
PLAZO:	358 Días,
FECHA DE INICIO:	9/01/2025 (Esp. cuando sea urgencia manifiesta)
VALOR CONTRATO VIGENCIA:	$50.000.000
VALOR CONTRATO VIG. FUTURA:	N/A
VALOR IVA:	Exentos de IVA
VALOR TOTAL:	$50.000.000
FORMA DE PAGO:	El pago lo hará el Municipio de Envigado, al Contratista, de acuerdo al PAC, (Plan Anual de Caja), en la caja de la Tesorería Municipal o transferencia electrónica, en pagos parciales según servicios efectivamente prestados y recibidos a entera satisfacción por la supervisión del contrato previa presentación de la cuenta de cobro o factura debidamente legalizada y con una constancia que acredite que se encuentra al día con el pago de aportes al Sistema de Seguridad Social Integral, ARL, Sena, ICBF y Cajas de Compensación Familiar, cuando corresponda y respecto de cada uno de sus empleados y tan pronto como el objeto esté totalmente cumplido y recibido a satisfacción por parte de la supervisión del contrato. NOTA: Es de vital importancia tener en cuenta que el supervisor pagará trimestralmente al contratista la cuota de sostenimiento pactada por las partes. Esto con el ánimo de garantizar que siempre se tenga la disponibilidad de los cupos y los componentes descritos en la propuesta para los NNA del Municipio de Envigado caracterizados como lo manifiesta el objeto contractual. Parágrafo 1.: La FACTURA O CUENTA DE COBRO expedida deberá llenar los requisitos legales (artículo 617) del Estatuto Tributario y deberá estar acompañada de la certificación que se encuentra a paz y Salvo por concepto de pago de la Seguridad Social integral (salud, pensiones y riesgos laborales) así como parafiscales, cuando corresponda; Informe de actividades del objeto contractual con corte cada 30 días, debidamente aprobada por el supervisor del contrato, así como el certificado de recibo a entera satisfacción por parte del supervisor. Parágrafo 2.: El pago se

	realizará a través de transferencia electrónica a la cuenta reportada por el contratista. El municipio podrá retener cualquier monto que deba pagar el contratista por la prestación de los servicios cuando haya incumplido alguna de las obligaciones, y se liberarán los saldos retenidos cuando el contratista subsane el incumplimiento y satisfaga las reclamaciones o requerimientos presentados. De los pagos se descontarán los impuestos respectivos que apliquen según el régimen tributario del contratista, cuya verificación se hará por parte de la Secretaría de Hacienda. Parágrafo 3: 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:	09 de febrero al 08 de marzo 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:	N/A
TIEMPO DE ADICION:	N/A
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				**$ 5.354.000**
2	Glosa(+)(-)				**$**
3	Subtotal (1+2)				**$ 5.354.000**
	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)**				**$ 5.354.000**
8	Menos valor Amortización Anticipo= (3x% de anticipo)			XX%	**$**
9	**Valor a Pagar del Acta (7-8)**				**$ 5.354.000**
Diligenciar los campos 10, 11 y 12 solo si hay compensación					
10	Tipo de Impuesto				**$**
11	Número de Factura				**$**
12	Valor de la Factura				**$**
Valor total a pagar al contratista (9-12)					**$ 5.354.000**

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
01-110-20250037	01-01-2025	01-111-20250212	09-01-2025	23202020090000 00004501029935 00002430000100 20775	1	$ 5.354.000

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	**DANIEL JAIME GÓMEZ ALARCÓN** **Secretario de Gobierno**

Elaboró	Espacio para firma	Nombre completo: Cargo: Dependencia:	Carlos Arturo López García Asesor- Coordinador Casa de Justicia Secretaría de Gobierno
Revisó y aprobó	Espacio para firma	Nombre completo: Cargo: Dependencia:	Daniel Jaime Gómez Alarcón Secretario de Despacho Secretaría de Gobierno

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	Carlos Arturo López García
Correo electrónico:	Carlos.lopez@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 Documentc Entrada**	
		Número Documentc de Salida	

Aplica para contratos de obra y compras