ALCALDÍA DE ENVIGADO BPAG_A

324 - TRANSFERENCIA ELECTRONICA

Documento de Pago : 324 - 202507887 **Fecha :** 10-JUL-2025

Cuenta Pagadora : 245000173-27 - BANCOLOMB ESTAM ADULTO MAYOR

Documento de Causación: 202-202505603 **Radicado :** 44602

Contrato: ENV-16-09-0264-25 **Acta de pago :** 6

Tercero : 43868444 - CONRADO DIAZ LIZETTE

Beneficiario : 43868444 - CONRADO DIAZ LIZETTE

Cuenta Beneficiario	Entidad Financiera	Tipo de Cuenta
01966508651	BANCOLOMBIA	A

Concepto: ACTA DE PAGO 6 CO ENV-16-09-0264-25 PERIODO JUN 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

Cuenta		Descripción	Valor
202	202505603	CONRADO DIAZ LIZETTE	5,290,655.00
			5,290,655.00

Elaboró Revisó Aprobó

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

08 JUL 2025
9:27 am

ALCALDÍA DE ENVIGADO

CUENTA POR PAGAR

Beneficiario : CONRADO DIAZ LIZETTE — CC-NIT: 43868444 — Fecha: 07-07-2025

Direccion : CL 48 F SUR 39 B 314 INT 1306 — Telefono : 604-3328349 — Fecha Vencimiento : 07-07-2025

Observacion: ACTA DE PAGO 6 CO ENV-16-09-0264-25 PERIODO JUN 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 202505603

Factura No. 15

Soporte : CONTRATO No. ENV-16-09-0264-25 6

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	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: 44602

CONRADO ANTONIO ESPINOSA ESPINOS
Elaborado Cuentas por Pagar

MARIA ELIZABETH GOMEZ QUIROZ
Solicitado Por:

NELSON ENRIQUE MONSALVE
Autorizado Por:

Envigado, 02 de julio de 2025

Alcaldía de Envigado
0044602-0000007-20250703
1600 - 2025/07/03 09:26:28

CUENTA DE COBRO **Nº 15**
EL MUNICIPIO DE ENVIGADO
NIT Nº 890.907.106-5
DEBE A:
Lizette Conrado Diaz
C.C. 43.868.444 de Envigado.

La suma de CINCO MILLONES DOSCIENTOS NOVENTA MIL SEISCIENTOS CINCUENTA Y CINCO M/L **($5.290.655)**, concepto de **Acta de pago N°6** 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 junio al 30 de junio 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 **junio** con el número de planilla **N° 78718569** y fecha de pago **25** de junio de 2025.

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

4535

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

1. Soy residente fiscal colombiana de conformidad con el artículo 10 del Estátuto 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 articulo 383 del ET fuere inferior al acá solicitado."

LIZETTE CONRADO DIAZ
CC 43.868.444 de Envigado
Tel: 301 436 58 00

ACTA NUMERO 06

02 de julio 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 (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 al 30 de junio 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	78718569
Periodo de cotización	**06-2025**
Fecha de pago	**25 de junio 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	1	$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	*María Elizabeth Gómez Quiroz* (Especialización firma)
Nombre del Ordenador del Gasto Cargo	**MARIA ELIZABETH GOMEZ QUIROZ** **Secretaria de Bienestar Social (E)**

Elaboró	*espacio para firma*	Nombre completo: Cargo: Dependencia:	Ángela María Sierra Quintero Profesional Universitario Secretaría de Bienestar Social
Revisó y aprobó	*espacio para firma*	Nombre completo: Cargo: Dependencia:	Ana Cecilia Pérez Palacio Profesional Universitaria -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	Ángela María Sierra Quintero
Correo electrónico:	angela.sierra@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			