ALCALDÍA DE ENVIGADO BPAG_A

324 - TRANSFERENCIA ELECTRONICA

Documento de Pago : 324 - 202516120 **Fecha :** 05-DEC-2025

Cuenta Pagadora : 01968405744 - BANCOLOMBIA AHORROS R.PROPIOS

Documento de Causación: 202-202512202 **Radicado :** 84227

Contrato: ENV-12-09-1633-25 **Acta de pago :** 11

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 11 CO ENV-12-09-1633-25 PERIODO NOV 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	202512202	RAMIREZ AGUDELO SARA CATALINA	5,983,648.00
			5,983,648.00

Elaboró Revisó Aprobó

Fecha de Aplicacion: 05-DEC-2025 Usuario: JPATINO Terminal: ENVIGADO\ALCTESPRO33

03 DIC 2025
3:19 pm

ALCALDÍA DE ENVIGADO

CUENTA POR PAGAR

Beneficiario : RAMIREZ AGUDELO SARA CATALINA **CC-NIT:** 21527275 **Fecha:** 03-12-2025

Direccion : DG 33 A 34 E SUR 06 AP 2011 **Telefono :** 034-2705291 **Fecha Vencimiento :** 03-12-2025

Observacion: ACTA DE PAGO 11 CO ENV-12-09-1633-25 PERIODO NOV 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 202512202

Factura No. 62

Soporte : CONTRATO No. ENV-12-09-1633-25 11

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	1,196,729.00
9535	HONORARIOS CONTRATISTAS	4,786,919.00

Movimiento Presupuestal

RP	Codigo	Fuente	CI	Cta. Financiera	Valor
20252971 1	2320202008000000004102001831110012300001002017	3 - 100	01	RP	4,786,919.00
20250287 1	2320202008000000004102001831110012300001002017	3 - 100	01	RP	1,196,729.00

Movimiento Contable

Cta. Contable	Descripcion	Tercero	CI	Debito	Credito
249054	Honorarios	21527275	01		1,196,729.00
249054	Honorarios	21527275	01		4,786,919.00
55070802	Honorarios	21527275	01	1,196,729.00	
55070802	Honorarios	21527275	01	4,786,919.00	

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: 84227

JHON PAUL HERNANDEZ BUSTAMANTE
Elaborado Cuentas por Pagar

JAZMIN ANDREA GONZALEZ ARIAS
Solicitado Por:

NELSON ENRIQUE MONSALVE
Autorizado Por:

REVISADO
Tesorería

Envigado, 01 de diciembre de 2025.

Alcaldía de Envigado
0084227-0000007-20251202
1100 - 2025/12/02 08:25:49

CUENTA DE COBRO N°062-2025

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°11 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"**.

Periodo: Del 01 de noviembre al 30 de noviembre 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. **81689910**, correspondiente al mes de noviembre discriminado así y con fecha de pago de 12 de noviembre de 2025:

EPS:	$ 579.200
Fondo pensiones:	$ 741.400
ARL:	$ 24.200
Total Pagado:	**$ 1.344.800**

9535

"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

CONTIENE ANEXOS

ACTA NUMERO 11	
1 de diciembre 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, 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 de noviembre al 30 de noviembre de 2025
FECHA DE SUSPENSIÓN:	Día de mes de año.
FECHA DE REINICIO:	Día de mes de año.
ACTA DE ADICION:	01

FECHA DE ACTA ADICIÓN:	14 de septiembre de 2025
VALOR ADICION:	$10.770.566
TIEMPO DE ADICION:	54 días
VALOR TOTAL DEL CONTRATO: (Valor contrato más adición)	$69.410.316

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	**81689910**
Periodo de cotización	11-2025
Fecha de pago	12/11/2025
Valor base de cotización	$4.633.500
Valor pagado en salud	$579.200
Valor pagado en pensión	$741.400
Valor pagado ARL según tipo de riesgo	$24.200

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. DEDUCCIONES APLICABLES

#	Concepto	Marcar SI aplica o NO, de acuerdo con los estudios previos	
		SI	**NO**
1	Impuesto de Industria y Comercio		X
2	Tasa Prodeporte y Recreación		X
3	Estampilla Procultura		X
4	Estampilla para el Bienestar del Adulto Mayor		X
5	Estampilla ProDesarrollo Institución Universitaria de Envigado (IUE)		X
6.	Contribución especial sobre contratos de obra pública		X

7. FACTURAS PRECONTRACTUALES

#	Concepto	# Factura de Rentas varias	Fecha de Pago
1	Impuesto de timbre		

8. 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.

9. 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	23202020080000000041020018311100123000010020017	01	$1.196.729
01-110-20251888	29/09/2025	**01-111-20252971**	17/10/2025	23202020080000000041020018311100123000010020017	01	$4.786.919

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	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	$ (A)	$ (B)	$ (C = A – B)	☐	☐

10. RESPONSABLES

Para constancia firma:

Firma	
Nombre del Ordenador del Gasto Cargo	Jazmín Andrea González Arías Secretaria Secretaría de Educación Alcaldía de Envigado

Elaboró	espacio para firma	Nombre completo: Cargo: Dependencia:	Christian Felipe Moros Muñoz Asesor Secretaria 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

11. 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*

12. 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			