ALCALDÍA DE ENVIGADO

BPAG_A

324 - TRANSFERENCIA ELECTRONICA

Documento de Pago : 324 - 202601145 **Fecha : 05-FEB-2026**

Cuenta Pagadora : 019-109835-78 - BANCOL. AMERICAN EXPRESS AHORR

Documento de Causación: 202-202600148 **Radicado :** 5305

Contrato: ENV-16-09-0547-26 **Acta de pago :** 01

Tercero : 32242467 - LONDOÑO PARRA KARINA

Beneficiario : 32242467 - LONDOÑO PARRA KARINA

Cuenta Beneficiario	Entidad Financiera	Tipo de Cuenta
24138024224	BANCO CAJA SOCIAL	A

Concepto: ACTA PAGO 1 CO-ENV-16-09-0547-26 7 31 ENE 2026 PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA COORDINAR, BRINDAR ASESORÍA, ORIENTACIÓN Y ACOMPAÑAMIENTO INTEGRAL EN EL PROCESO DE PLANEACIÓN A LA DIRECCIÓN DE ENVEJECIMIENTO Y VEJEZ DE LA SECRETARÍA DE BIENESTAR SOCIA

Cuenta		Descripción	Valor
202	202600148	LONDOÑO PARRA KARINA	5,401,514.00
			5,401,514.00

Elaboró

Revisó

Aprobó

Fecha de Aplicacion: 05-FEB-2026 Usuario: ELIDARRAGA Terminal: ENVIGADO\ALCTESPRO19

ALCALDÍA DE ENVIGADO

03 FEB 2026
3:21pm

CUENTA POR PAGAR

Beneficiario : LONDOÑO PARRA KARINA — CC-NIT: 32242467 — Fecha: 03-02-2026

Direccion : CR 40 CL 41 SUR 041 — Telefono : 3022435 — Fecha Vencimiento : 03-02-2026

Observacion: ACTA PAGO 1 CO ENV-16-09-0547-26 7 31 ENE 2026 PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA COORDINAR, BRINDAR ASESORÍA, ORIENTACIÓN Y ACOMPAÑAMIENTO INTEGRAL EN EL PROCESO DE PLANEACIÓN A LA DIRECCIÓN DE ENVEJECIMIENTO Y VEJEZ DE LA SECRETARÍA DE BIENESTAR SOCIA

Valor Bruto : 5,401,514.00

CXP. No. 202 202600148

Factura No. 120

Soporte : CONTRATO No. ENV-16-09-0547-26 01

Tipo Cuenta: A

N. Cta Bancaria: 24138024224 — Nombre Entidad Financiera: BANCO CAJA SOCIAL

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

Concepto	Descripcion del Concepto	Valor del Concepto
9535	HONORARIOS CONTRATISTAS	5,401,514.00

Movimiento Presupuestal

RP	Codigo	Fuente	CI	Cta. Financiera	Valor
20260374	2320202008000000004104008831110016300001002010 3	3 - 100	01	DP	5,401,514.00

Movimiento Contable

Cta. Contable	Descripcion	Tercero	CI	Debito	Credito
249054	Honorarios	32242467	01		5,401,514.00
55070802	Honorarios	32242467	01	5,401,514.00	

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 : $ 5,401,514.00 — CINCO MILLONES CUATROCIENTOS UN MIL QUINIENTOS CATORCE PESO(S) CON 0/100 M/CTE

ESTADO ACTIVO

SALDO :$ 5,401,514.00

RADICADO: 5305

CONRADO ANTONIO ESPINOSA ESPINOS	ANA MARIA MESA BETANCOUR	NELSON ENRIQUE MONSALVE
Elaborado Cuentas por Pagar	Solicitado Por:	Autorizado Por:

REVISADO
Tesorería

Envigado, 02 de febrero de 2026

Alcaldía de Envigado
0005305-0000007-20260202
1600 - 2026/02/02 07:56:25

CUENTA DE COBRO N° 120
EL MUNICIPIO DE ENVIGADO
NIT N. ° 890.907.106-5
DEBE A:
KARINA LONDOÑO PARRA
C.C. 32.242.467 de Envigado (Ant).

La suma de **CINCO MILLONES CUATROCIENTOS UN MIL QUINIENTOS CATORCE PESOS M/L ($5.401.514),** concepto de **Acta de pago N.° 1** del contrato **N.° ENV-16-09-0547-26**, cuyo objeto es: Prestación de servicios para coordinar, brindar asesoría, orientación y acompañamiento integral en el proceso de planeación a la dirección de envejecimiento y vejez de la secretaría de bienestar social del Municipio de Envigado.

Periodo: 07 de enero al 31 de enero de 2026.
Favor consignar estos recursos en la Cuenta de Ahorros N. ° 24138024224 de BANCO CAJA SOCIAL.

Certifico bajo la gravedad de juramento que he cancelado los aportes a la seguridad social correspondiente al mes de **enero** con el número de **planilla N° 6001036696** y fecha de Pago 2026/01/05.

Aporte Fondo de Pensiones:	$ 368.000
Aporte Fondo de Salud:	$ 287.500
Asegura de Riesgos Laborales:	$ 12.100
Total seguridad social:	$ 667.600

9535

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

1. Soy residente fiscal colombiana de conformidad con el artículo 10 del Estatuto Tributario.
Si X NO _

2. Soy declarante de renta:
Si X NO _

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 2026.
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 artículo 383 del ET fuere inferior al acá solicitado."

4. Pertenezco al régimen simple de Tributación:
Si _ NO X

KARINA LONDOÑO PARRA
CC 32242467 de Envigado (Ant).
Karina.londono@envigado.gov.co
Tel: 3013970405

Alcaldía Municipal de Envigado	ACTA DE PAGO CONTRATO ÚNICA, PARCIAL O FINAL	Código: AR-F-056
		Versión: 04
		Página **1** de **4**

COPIA CONTROLADA

ACTA NUMERO 01	
02 de febrero de 2026	
1. CONTRATO	
CONTRATISTA:	KARINA LONDOÑO PARRA
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	32242467
ENTIDAD BANCARIA:	**BANCO CAJA SOCIAL**
TIPO DE CUENTA:	AHORRO
NÚMERO DE CUENTA:	**24138024224**
TIPO DE CONTRATO / ORDEN DE COMPRA / CONVENIO: Marque X	**CONTRATO** ☒ / **ORDEN DE COMPRA** ☐ / **CONVENIO** ☐
CONVENIO/CONTRATO N.º:	ENV-16-09-0547-26
FECHA DEL CONTRATO/CONVENIO:	07 de enero de 2026
OBJETO DEL CONTRATO/CONVENIO:	Prestación de servicios para coordinar, brindar asesoría, orientación y acompañamiento integral en el proceso de planeación a la dirección de envejecimiento y vejez de la secretaría de bienestar social del Municipio de Envigado.
PLAZO:	356 días
FECHA DE INICIO:	07 DE ENERO DE 2026 (Esp. cuando sea urgencia manifiesta)
VALOR CONTRATO/CONVENIO VIGENCIA:	$ 76.296.380
VALOR CONTRATO/CONVENIO VIG. FUTURA:	$
VALOR IVA:	$
VALOR TOTAL:	$ 76.296.380
PERIODO/CUOTA A PAGAR:	DEL 07 DE ENERO AL 31 DE ENERO

FORMA DE PAGO:

El Municipio de Envigado pagará al contratista el valor del presente contrato en cuotas mensuales/parciales y/o proporcionales al servicio efectivamente prestado/por producto o servicio entregado de acuerdo al PAC.
Lo anterior, de conformidad con la Circular 2026 expedida por la Secretaría de Hacienda y Dirección Financiera y Contable referente a las fecha de cierres contables, vigencia 2026; previa presentación de la cuenta y/o factura debidamente legalizada.

***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.*

FECHA DE SUSPENSIÓN:	NA
FECHA DE REINICIO:	NA
ACTA DE ADICION:	NA
FECHA DE ACTA ADICIÓN:	NA
VALOR ADICION:	NA

TIEMPO DE ADICION:	NA
VALOR TOTAL DEL CONTRATO/CONVENIO: (Valor contrato/convenio más adición)	$ 76.296.380

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 soporte 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	6001036696
Periodo de cotización	**Ene-2026**
Fecha de pago	**5/01/2026**
Valor base de cotización	**$2.300.000**
Valor pagado en salud	**368.000**
Valor pagado en pensión	**$ 287.500**
Valor pagado ARL según tipo de riesgo	**$ 12.100**
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/convenio antes de IVA				**$ $5.401.514**
2	Glosa (+)(-) (Nota crédito/nota débito)				**$**
3	Subtotal (=1+2)				**$5.401.514**
	Concepto de Impuesto	**% Impuesto**	**Base**	**Valor Impuesto**	**Totales Impuestos**
4	IVA	19%	$	$	**NA**
		5%	$	$	
5	Impuesto al consumo	8%	$	$	**NA**
6	**Total Impuestos (=4+5)**				**NA**
7	**Valor Total Cuota (=3+6)**				**$5.401.514**
8	Menos valor Amortización Anticipo= (3x% de anticipo)		XX%		**NA**
9	**Valor a Pagar del Acta (=7-8)**				**$5.401.514**
Diligenciar los campos 10, 11 y 12 solo si hay compensación					
10	Tipo de Impuesto				**NA**
11	Número de Factura				**NA**

12	Valor de la Factura	$
Valor total a pagar al contratista (=9-12)		**$ 5.401.514**

6. DEDUCCIONES APLICABLES

#	Concepto	Marcar SI aplica o NO	
		SI	NO
1	Impuesto de Industria y Comercio		X
2	Contribución especial sobre contratos de obra pública		X

7. ENDOSO DEL PAGO

DILIGENCIAR SOLO SI TIENE ENDOSO

	Beneficiario Pago (1)	Beneficiario Pago (2)
Nombre	NA	NA
Número Identificación	NA	NA
Entidad Bancaria	NA	NA
Tipo de Cuenta	NA	NA
Número de Cuenta	NA	NA
Valor endosado a Pagar	NA	NA

Nota: En la carpeta del contrato reposa el poder y/o el endosó presentado por el contratista.

8. EJECUCIÓN PRESUPUESTAL

El valor a pagar descrito en la presente acta se ejecutará 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
01-110-20260331	1/01/2026	01-111-20260374	7/01/2026	23202020080000000410400883111001630000100201 03	01	$5.401.514

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 esta acta (B)	Valor ajuste (C) (C = A - B)	Autoriza ajuste	
					SI	NO
01-XX-20XXXXX	XXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXX	$ (A)	$ (B)	$ (C = A – B)	☐	☑

9. RESPONSABLES

Para constancia firma:

Firma	*espacio para firma*
Nombre del Ordenador del Gasto Cargo	**ANA MARIA MESA BETANCUR** **Secretaria de Bienestar Social**

Elaboró	*espacio para firma*	Nombre Cargo: Dependencia:	Blanca Deiby Betancur Directora de Envejecimiento y Vejez Secretaría de Bienestar Social
Revisó y aprobó	*espacio para firma*	Nombre Cargo: Dependencia:	Martha Elena Rivera Castaño Técnico CT Secretaria 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	Blanca Deiby Betancur
Correo electrónico:	blanca.betancur@envigado.gov.co

10. 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*

11. 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