CUENTA DE COBRO SIMPLIFICADA 021

MUNICIPIO DE ENVIGADO
NIT. 890907106-5

Alcaldía de Envigado

0050425-0000007-20201209
1100 - 2020/12/09 08:05:48

DEBE A:

ALBEIRO POSADA MARTINEZ
NIT 71600438 de Medellín

LA SUMA DE: UN MILLON QUINIENTOS MIL PESOS (**$1.500.000**)

POR CONCEPTO: **PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO EN LA PROMOCIÓN INSTITUCIONAL A TRAVÉS DE LA EMISIÓN DE 19 MENSAJES RADIALES, CÓDIGO: CC-F-160, DURANTE LAS EMISIONES DEL PROGRAMA "ALERTA CIUDADANA" QUE PASA DE LUNES A VIERNES EN EL HORARIO DE 3:00 A 3:30 PM POR LA EMISORA ONDAS DE LA MONTAÑA 1350 AM.**

PERIODO COMPRENDIDO: Mes de noviembre del 2020

Favor consignar en la cuenta de ahorros 584217079 Banco de Bogotá a nombre de **ALBEIRO POSADA MARTINEZ**

NOTA

Pertenezco al régimen simplificado, no declaro renta y no soy comerciante. No estoy obligado a facturar.

Les solicito no efectuar retención en la fuente a título de impuesto de renta.

De acuerdo con lo indicado en el artículo 329 adicionado por el artículo 10 de la Ley 1607 de 2012 tengo la calidad de trabajadora independiente, porque mis ingresos por honorarios corresponden en un porcentaje superior a un 80%, tengo título profesional, soy residente y no uso máquinas especializadas.

Me acojo al descuento por pronto pago.

Medellín, 01 de diciembre del 2020

Atentamente,

ALBEIRO POSADA MARTINEZ
Director Espacio
Cel 313 627 30 85
E.mail: albeiroposada61@hotmail.com

RECIBIDO

2020 DIC. 09

ACTA NUMERO 02 Y FINAL
03 de Diciembre de 2020

CONTRATISTA:	**Albeiro de Jesús Posada Martínez**
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	71.600.438
ENTIDAD BANCARIA:	Banco de Bogotá
TIPO DE CUENTA:	Cuenta de Ahorros
NÚMERO DE CUENTA:	584217079
CONTRATO Nº	ENV-04-09-1190-20
FECHA DEL CONTRATO:	29 de septiembre 2020
OBJETO DEL CONTRATO	Prestación de servicios de apoyo en la promoción institucional a través de la emisión de mensajes radiales institucionales.
VALOR ANTES DE IVA	$ 3.000.000
VALOR IVA:	$ 0
VALOR TOTAL	**$ 3.000.000**
FORMA DE PAGO	municipio de Envigado, pagará al contratista el valor del presente contrato de acuerdo al PAC, (Plan Anual de Caja) en dos (02) cuotas iguales mensuales por valor de: UN MILLÓN QUINIENTOS MIL PESOS M/CTE ($1.500.000).
PLAZO INICIAL	2 meses.
FECHA DE INICIO	29 de septiembre 2020
FECHA DE SUSPENSIÓN	N/A
FECHA DE REINICIO	N/A
ACTA DE ADICION	N/A
VALOR ADICION:	N/A
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	$ 3.000.000
FECHA DE ADICIÓN:	N/A
ADICION TIEMPO:	N/A
RDP VF NÚMERO	N/A
FECHA	N/A
VALOR	N/A

18901

En cumplimiento a la Ley 80 de 1.993, ley 1150 de 2.007, 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.

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 se aplicó la base de liquidación establecida en la ley.

Obligado a Presentar Seguridad Social	Si		Diligencie el cuadro			
	No		Omita el cuadro			
PERSONA NATURAL PRESENTO			**PERSONA JURIDICA PRESENTO**		**SI**	**NO**
Planilla numero		19216866	Certificado de Representante Legal			
Periodo de Cotización		Noviembre				
Fecha de pago		18/11/2020	Certificado de Revisor Fiscal			
Valor base de cotización		$ 877.803				
Salud		$ 109.800	Periodo de Cotización			
Pensión		$ 140.500				
ARL tipo de riesgo	1	$ 4.600				

Así mismo certifico que se recibió a entera satisfacción los servicios prestados por el contratista en cumplimiento del objeto del contrato.

VALOR A PAGAR

	DESCRIPCION		VALOR
1	Valor Cuota pactada contrato antes de IVA		$ 1.500.000
2	Glosa(+)(-)		0
3	Subtotal (1+2)		$ 1.500.000
4	IVA	XX%	0
5	Impuesto al consumo	XX%	0
6	Valor Total Cuota (3+4+5)		$ 1.500.000
7	Menos valor Amortización Anticipo= (3x% de anticipo)	XX%	0
8	Valor a Pagar del Acta (6-7)		$ 1.500.000
Compensación			
9	Tipo de Impuesto		
10	Número de Factura		
11	Valor de la Factura		
Valor Total a Pagar (8-11)			$ 1.500.000

Beneficiario del pago. (Diligenciar solo si tiene endoso)

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

Nota: Cuando el beneficiario no sea el contratista en la carpeta del contrato debe reposar el poder o el endosó autenticado

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
01-110-20200409	10-02-2020	01-111-20202552	23-09-2020	23043170100000010020351	1	$ 1.500.000

EJECUCIÓN ACUMULADA DEL CONTRATO POR RUBRO PRESUPUESTAL:

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
01-111-20202552	23043170100000010020351	$ 3.000.000	$ 3.000.000	0	x	

Para constancia firma:

Julianna Valderrama Giraldo
Jefe oficina Asesora de Comunicaciones (E)

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			

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 aplica.*

Elaboro, Revisó y aprobó *espacio par* *a firma*
Nombre completo: Juliana Angel Garcia Cargo: Vo. Bo. Supervisora Dependencia: Oficina Asesora de Comunicaciones.

INFORME DE SUPERVISIÓN N° 2

PARA: Alcalde Municipio Envigado

FECHA: 03 de Diciembre de 2020

1. INFORMACIÓN BÁSICA

CONTRATO/CONVENIO:	ENV-04-09-1190-20
FECHA DEL CONTRATO/CONVENIO:	29 de septiembre 2020
CONTRATISTA/ASOCIADO:	**Albeiro de Jesús Posada Martínez**
IDENTIFICACIÓN CONTRATISTA/ASOCIADO:	71.600.438
OBJETO DEL CONTRATO/CONVENIO:	Prestación de servicios de apoyo en la promoción institucional a través de la emisión de mensajes radiales institucionales.
VALOR DEL CONTRATO/CONVENIO:	$ 3.000.000
VALOR ADICION:	N/A
VALOR TOTAL DEL CONTRATO/CONVENIO:	$ 3.000.000
FECHA DE ADICIÓN:	N/A
FECHA DE INICIO[1]:	29 de septiembre 2020
PLAZO DEL CONTRATO/CONVENIO[2]:	2 meses.

2. SEGUIMIENTOS

Según lo dispone la Ley 1474 de 2012, en su Artículo 83. Supervisión e interventoría contractual. "(...). La supervisión consistirá en el seguimiento técnico, administrativo, financiero, contable, y jurídico que sobre el cumplimiento del objeto del contrato/convenio, enunciado en el presente informe (...)", según los siguientes ítems:

---

[1] Tener en cuenta la fecha establecida en la plataforma SECOP II cuando este haya utilizado este medio. No puede ser anterior a la fecha de expedición de RDP, ni a las fechas de pago de impuestos y expedición de pólizas en caso de que aplique.
[2] Tener en cuenta el plazo estipulado en la plataforma SECOP II cuando este haya utilizado este medio.

2.1 Período de supervisión[3] (Seguimiento administrativo):

Se realiza el presente informe para el período de ejecución del 29 de Octubre al 29 de Noviembre.

2.2 Novedades (Seguimiento administrativo):

SUSPENSION		
Fecha suspensión	**Fecha Reinicio**	**Motivo**
N/A		

2.3 Cumplimiento de obligaciones (Seguimiento técnico):

OBLIGACIONES GENERALES Y ESPECÍFICAS DE LAS PARTES	DETALLAR EL CUMPLIMIENTO O NO DE LAS OBLIGACIONES, JUSTIFICANDO LAS ACCIONES REALIZADAS O EL POR QUÉ NO SE HAN EJECUTADO EN EL PERÍODO DEL PRESENTE INFORME
Emitir un (1) mensaje institucional de hasta 30 segundos, en cada una de las emisiones del programa Alerta Ciudadana que se transmite de lunes a viernes de 3:00 a 3:25 pm por Ondas de la montaña 1350 am durante dos meses, según el cronograma establecido por la Oficina Asesora de Comunicaciones.	Emitió en el programa Alerta Ciudadana durante el 29 de Octubre al 29 de Noviembre las siguientes cuñas: Tema: 1) Corredor Gastronómico Periodo: 29 de octubre al 5 de noviembre de 2020 Tema: 2) Inauguración de la Navidad Periodo: 6 al 13 de noviembre de 2020 Tema: 3) Navidad y autocuidado Periodo: 13 al 19 de noviembre de 2020 Tema: 4) Navidad y autocuidado Periodo: 20 al 26 de noviembre de 2020 Tema: Prevención y seguridad en Navidad Periodo: 26 de noviembre al 29 de Noviembre de 2020.

[3] En este ítem el supervisor deberá señalar el alcance en el tiempo que tuvo su labor de supervisión, es decir entre qué fechas se llevó a cabo este ejercicio, indicando además si el contrato/convenio se cumplió en un solo acto o si comprende un periodo de ejecución.

Presentar una copia del CD de los programas emitidos en los que se haga la transmisión de los mensajes institucionales	cumple
Presentar un certificado de emisión de pauta mensual expedido por la cadena radial o emisora, en donde se transmite el programa	cumple

2.4 Seguridad social (Seguimiento administrativo):

El contratista/asociado cumplió con el pago de la seguridad social en (salud pensión y riesgos laborales). Dando cumplimiento a lo dispuesto en la ley 1150 de 2007, a la ley 789 de 2002 art.50, a la ley 1562 de 2012 y a la Ley 1273 de 2018, detallado de la siguiente manera:

Obligado a Presentar Seguridad Social		Si	x	Diligencie el cuadro		
		No		Omita el cuadro		
PERSONA NATURAL				**PERSONA JURIDICA[4]**	**SI**	**NO**
Planilla número		19216866		Certificado de Representante Legal		
Período de Cotización		Noviembre				
Fecha de pago		18/11/2020		Certificado de Revisor Fiscal		
Valor base de cotización		$ 877.803				
Salud		$ 109.800		Copia de Tarjeta Profesional del Revisor Fiscal (Para la cuenta inicial)		
Pensión		$ 140.500		Certificado de la Junta Central de Contadores del Revisor Fiscal (Según vigencia)		
ARL tipo de riesgo	1	$ 4.600		Período de Cotización		
Nombre personal relacionado en planilla que ejecuta el contrato/convenio (cuando aplique)				Nombre personal relacionado en planilla que ejecuta el contrato/convenio (cuando aplique)		

2.5 Valor a pagar (Seguimiento financiero y contable):

	DESCRIPCION	VALOR
1	Valor Cuota pactada contrato/convenio	$ 1.500.000
2	Glosa[5](+)(-)	$ 0
Valor Total a Pagar		$ 1.500.000

2.5.1 Justificación: (si aplica-glosa)

[4] Se debe verificar el pago de seguridad social del personal vinculado y/o contratista requerido y contenido en la propuesta económica.
[5] Se entiende por glosa los valores que pueden ser sumados o disminuidos de la cuota pactada, el cual deberá ser justificado

2.5.2 Descripción de pagos:

ÍTEM	FACTURA	VALOR	% DE EJECUCION	FECHA DE PAGO
Valor total del contrato/convenio	**---**	**3.000.000**	**---**	**---**
Pago acta 1	**050**	$ 1.500.000	50%	23/11/2020
Pago acta 2	**021**	$ 1.500.000	50%	03/12/2020
Valor total actas de pago		$ 3.000.000	100%	**---**
Valor por ejecutar del contrato/convenio		**$ 0**	0%	**---**

2.6 Otros seguimientos Administrativos:

- Las garantías contractuales N/A
- Las publicaciones se vienen realizando acorde a la norma.
- Se ha verificado el pago de impuestos aplicados en cada pago al contratista/asociado.

2.7 Seguimiento jurídico

- Hasta el momento el contratista/asociado no ha estado inmerso en inhabilidades o incompatibilidades sobrevivientes que le impidan seguir legalmente con la ejecución del contrato/convenio.
- Las capacidades y facultades demostradas por el contratista/asociado para la celebración del contrato/convenio permanecen en la misma condición.
- Se realizó seguimiento a los riesgos identificados en la matriz de riesgos y hasta el momento no se han materializado.

2.8 Adiciones, prórrogas o modificaciones[6]:

Número de Acta	Valor Adicionado	Plazo Prorrogado	Tipo de Modificación (señalar con una X)	
N/A	N/A	N/A	Adición (valor)	
			Adición y prorroga (valor y tiempo)	
			Prórroga (tiempo)	
			Modificación (cualquier otra que no implica valor o tiempo)	

2.9 Observaciones administrativas, técnicas, jurídicas, financieras y contables[7]

[6] Se deberá señalar si se han realizado adiciones, prórrogas o modificaciones al contrato/convenio, establecer el N° del acta, la fecha y las novedades en caso que aplique.

[7] Se podrán relacionar observaciones adicionales de acuerdo a la Guía para el ejercicio de las funciones de Supervisión e Interventoría de los contratos del Estado de Colombia Compra Eficiente.

2.10 Concepto de supervisión:

2.10.1 Requerimientos: No se presentaron requerimientos por incumplimiento de actividades.

2.10.2 Recibido a satisfacción: El servicio se recibió a entera satisfacción, el contratista cumple con el objeto y las obligaciones del contrato.

Se otorga Visto bueno para el pago de acuerdo a la verificación de la información consignada en el informe de supervisión.

3 Documentos anexos

- Certificado de pago de seguridad social (Planilla o certificación)
- Certificado emisora en donde se emite el programa radial
- CD
- Factura o cuenta de cobro

FIRMA



Juliana Angel Garcia
Profesional Universitaria
Oficina Asesora de Comunicaciones

encabinados
studio

ES0422 - 20	
FECHA	01/12/20

ENCABINADOS STUDIO S.A.S.
CERTIFICA:

La emisión de 19 cuñas en total para la **ALCALDIA MUNICIPAL DE ENVIGADO,** referencia **INSTITUCIONAL** durante el mes de Noviembre de 2020, durante el programa radial **ALERTA CIUDADANA,** dirigido por el señor **ALBEIRO POSADA MARTÍNEZ**, se transmite de lunes a viernes de 3:00 p.m., a 3:25 p.m., en la Emisora **ONDAS DE LA MONTAÑA 1350 A.M. – MEDELLIN**.

Encabinados Studio S.A.S.
Nit. 901.262.071-5

CLAUDIA HENAO LÓPEZ
Gerente Administrativa y Financiera.

ASOPAGOS s.a.

PLANILLA DE AUTOLIQUIDACIÓN DE APORTES
PLANILLA NRO. 19216866
REFERENCIA DE PAGO (PIN):
Fecha Pago Planilla: 2020-11-18

DATOS DEL APORTANTE					
RAZÓN SOCIAL	ALBEIRO DE JESUS POSADA MARTINEZ	TIPO DE PERSONA	Natural	TIPO DE DOCUMENTO	Cédula de Ciudadanía
Nro. DE IDENTIFICACIÓN	71600438	D.V.	0	TIPO DE APORTANTE	Independiente
DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA	CL 45B 77 88	DEPARTAMENTO	ANTIOQUIA	MUNICIPIO	MEDELLIN
ACTIVIDAD ECONÓMICA	8299	CORREO ELECTRÓNICO	ALBEIROPOSADA61@HOTMAIL.COM	TELÉFONO	5036725
FAX	0	SUCURSAL	0	NOMBRE SUCURSAL	0
TIPO DE ENTIDAD	Privada	ARL	POSITIVA	Tipo de aportante	Independiente

REPRESENTANTE LEGAL					
Nro. DE IDENTIFICACIÓN		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE			

PERÍODO COTIZACIÓN PENSIÓN		PERÍODO COTIZACIÓN SALUD		FORMA DE PRESENTACIÓN
Año: 2020	Mes: 10	Año: 2020	Mes: 10	Único
Nro. DE TRABAJADORES		Vlr. TOTAL NÓMINA		Nro. DE RADICACIÓN
1		$0		19216866

PAGADA