ALCALDÍA DE ENVIGADO BPAG_A

324 - TRANSFERENCIA ELECTRONICA

Documento de Pago : 324 - 202614497 **Fecha : 06-OCT-2026**

Cuenta Pagadora : 39401198-5 - BANCO BBVA AHO.SALUD-PUBLI

Documento de Causación: 202-202610452 **Radicado :** 71144

Contrato: ENV-13-09-1709-25 **Acta de pago :** # 15

Tercero : 811031876 - CENTRO DE FORMACION INTEGRAL PARA EL TRABAJO

Beneficiario : 811031876 ✓ - CENTRO DE FORMACION INTEGRAL PARA EL TRABAJO

Cuenta Beneficiario	Entidad Financiera	Tipo de Cuenta
01900000876 ✓	BANCOLOMBIA	A

Concepto: ACTA PAGO 15 CO ENV-13-09-1709-25 AGO 2026 PRESTAR SERVICIOS PARA EL DESARROLLO DE ACCIONES DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA, EDUCACIÓN, CAPACITACIÓN, SENSIBILIZACIÓN, ASESORÍA, ASISTENCIA TÉCNICA, ESTABLECIENDO EL CUMPLIMIENTO DE LA NORMATIVIDAD Y FOMENTO DE LA PROMOCIÓN DE HÁBITOS ALIMENTARIO

Cuenta		Descripción	Valor
202	202610452	CENTRO DE FORMACION INTEGRAL PARA EL TRABAJO	61,054,688.00
			61,054,688.00 ✓

Elaboró Revisó Aprobó

Fecha de Aplicacion: 06-OCT-2026 Usuario: ELIDARRAGA Terminal: ENVIGADO\ALCTESPRO19

ALCALDÍA DE ENVIGADO

29 SEP 2026
11:39am

CUENTA POR PAGAR

Beneficiario : CENTRO DE FORMACION INTEGRAL PARA EL TRABAJO **CC-NIT:** 811031876 **28-09-2026**

Direccion : CL 39 SUR 34A 007 **Telefono :** 444560 **Fecha Vencimiento :** 28-09-2026

Observacion: ACTA PAGO 15 CO ENV-13-09-1709-25 AGO 2026 PRESTAR SERVICIOS PARA EL DESARROLLO DE ACCIONES DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA, EDUCACIÓN, CAPACITACIÓN, SENSIBILIZACIÓN, ASESORÍA, ASISTENCIA TÉCNICA, ESTABLECIENDO EL CUMPLIMIENTO DE LA NORMATIVIDAD Y FOMENTO DE LA PROMOCIÓN DE HÁBITOS ALIMENTARIOS SALUDABLES PARA LA POBLACIÓN ENVIGADEÑA. (ACUERDO No.037-2025)

Valor Bruto : 61,054,688.00

CXP. No. 202 202610452

Factura No. FE 9027

Tipo Cuenta: A

Soporte :- CONTRATO No. ENV-13-09-1709-25 # 15

N. Cta Bancaria: 01900000876 **Nombre Entidad Financiera:** BANCOLOMBIA

NETO A PAGAR : $ 61,054,688.00 SESENTA Y UN MILLONES CINCUENTA Y CUATRO MIL SEISCIENTOS OCHENTA Y OCHO PESO(S) CON 0/100 M/CTE

ESTADO ACTIVO.

SALDO :$ 61,054,688.00

RADICADO: 71144

CONRADO ANTONIO ESPINOSA ESPINOS	SALOME LONDOÑO ZAPATA	NELSON ENRIQUE MONSALVE
Elaborado Cuentas por Pagar	Solicitado Por:	Autorizado Por:

REVISADO

ALCALDÍA DE ENVIGADO

CUENTA POR PAGAR

Beneficiario : CENTRO DE FORMACION INTEGRAL PARA EL TRABAJO **CC-NIT:** 811031876 **Fecha:** 28-09-2026

Direccion : CL 39 SUR 34A 007 **Telefono :** 444560 **Fecha Vencimiento :** 28-09-2026

Observacion: ACTA PAGO 15 CO ENV-13-09-1709-25 AGO 2026 PRESTAR SERVICIOS PARA EL DESARROLLO DE ACCIONES DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA, EDUCACIÓN, CAPACITACIÓN, SENSIBILIZACIÓN, ASESORÍA, ASISTENCIA TÉCNICA, ESTABLECIENDO EL CUMPLIMIENTO DE LA NORMATIVIDAD Y FOMENTO DE LA PROMOCIÓN DE HÁBITOS ALIMENTARIOS SALUDABLES PARA LA POBLACIÓN ENVIGADEÑA. (ACUERDO No.037-2025)

Valor Bruto : 61,054,688.00

CXP. No. 202 202610452

Factura No. FE 9027

Tipo Cuenta: A

Soporte : CONTRATO No. ENV-13-09-1709-25 # 15

N. Cta Bancaria: 01900000876 **Nombre Entidad Financiera:** BANCOLOMBIA

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

Concepto	Descripcion del Concepto	Valor del Concepto
9991	HONORARIOS PERSONA JURIDICA SEC SALUD	2,056,749.00
9991	HONORARIOS PERSONA JURIDICA SEC SALUD	14,319,675.00
9991	HONORARIOS PERSONA JURIDICA SEC SALUD	19,083,273.00
9991	HONORARIOS PERSONA JURIDICA SEC SALUD	19,276,699.00
9991	HONORARIOS PERSONA JURIDICA SEC SALUD	3,164,644.00
9991	HONORARIOS PERSONA JURIDICA SEC SALUD	3,153,648.00

Movimiento Presupuestal

RP	Codigo	Fuente	CI	Cta. Financiera	Valor
20260027 4	2320202008000000001903016839900013316021002011 6	3 - 100	01	RP - BBVA 1985	14,319,675.00
20260027 9	2320202008000000001905015831170013329021002064 6	3 - 100	01	RP - BBVA 1985	19,083,273.00
20260027 12	2320202009000000001905031929130013308021002011 4	3 - 100	01	RP - BBVA 1985	3,164,644.00
20260027 13	2320202009000000001905031929190013308021002011 4	3 - 100	01	RP - BBVA 1985	3,153,648.00
20260027 11	2320202009000000001906027929190013324021002015 9	3 - 100	01	RP - BBVA 1985	19,276,699.00
20260027 3	2320202009020000001903019911220013337021002011 6	3 - 100	01	RP - BBVA 1985	2,056,749.00

Movimiento Contable

Cta. Contable	Descripcion	Tercero	CI	Debito	Credito
249054	Honorarios	811031876	01		14,319,675.00
249054	Honorarios	811031876	01		3,153,648.00
249054	Honorarios	811031876	01		3,164,644.00
249054	Honorarios	811031876	01		19,276,699.00
249054	Honorarios	811031876	01		19,083,273.00
249054	Honorarios	811031876	01		2,056,749.00
55020528	Honorarios	811031876	01	14,319,675.00	
55020528	Honorarios	811031876	01	2,056,749.00	
55020528	Honorarios	811031876	01	3,153,648.00	
55020528	Honorarios	811031876	01	3,164,644.00	
55020528	Honorarios	811031876	01	19,276,699.00	
55020528	Honorarios	811031876	01	19,083,273.00	

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 :

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA N° FE9027

CEFIT NIT 811031876-1

Fecha de Factura: 2026-09-24 09:39

Fecha de Vencimiento: 2026-09-24 23:59

Autorización de Numeración de Facturación DIAN 18764102821668 del 2025/12/10, Prefijo FE, Rango 7753 hasta 20000 con una vigencia desde el 2025/12/10 hasta 2026/12/10

FORMA DE PAGO : Contado **MEDIO DE PAGO:** Instrumento no definido

CUFE

967ab6f9286a51ec7091b1cedf7be50259f98632aeb4040fa2980ac50271a8598d4bfec5a553cdceae3e46e6d1f48699

Vendido a:		
MUNICIPIO DE ENVIGADO		
NIT:	**Dirección:**	**Teléfonos:**
890907106-5	CR 43 38 SUR 35	3394000

Linea	Código	Descripción	Cant.	Valor Unitario	% IVA	% IC	Valor Total
1	34	INGRESOS DE CONVENIOS	1	$ 61,054,688	0	0	$ 61,054,688

Observaciones:
FACTURA N° 10 - 2 DEL CONVENIO SUSCRITO CON LA SECRETARIA DE SALUD N° ENV-13-09-1709-25.
FAVOR CANCELAR EN LA CUENTA DE AHORROS DEL BANCO POPULAR N° 500810597881

Subtotal:	$ 61,054,688.00
IC:	$ 0.00
IVA:	$ 0.00
Total:	$ 61,054,688.00

cefit
Nos impulsa **a crecer**

CENTRO DE FORMACION INTEGRAL PARA EL TRABAJO CEFIT
NIT 811.031.876,1
CL 39SUR 34A 7 Tel: 4444560
Iva Regimén Común

9991

Alcaldía de Envigado
0071144-0000007-20260924
1100 - 2026/09/24 16:05:28

Fecha validación: 2026-09-24 09:40:20

Fecha generación: 2026-09-24 09:40:20

Nit 800167494.4 ADA S.A - SICOFERP - Derechos reservados 2020 ©

ACTA NUMERO 15

24 DE SEPTIEMBRE DE 2026

1. CONTRATO

CONTRATISTA:	CENTRO DE FORMACION INTEGRAL PARA EL TRABAJO (CEFIT)
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	811031876-1
ENTIDAD BANCARIA:	BANCOLOMBIA
TIPO DE CUENTA:	AHORROS
NÚMERO DE CUENTA:	01900000876

TIPO DE CONTRATO / ORDEN DE COMPRA / CONVENIO: Marque X	**CONTRATO** ☒	**ORDEN DE COMPRA** ☐	**CONVENIO** ☐
CONVENIO/CONTRATO N.º:	ENV-13-09-1709-25		
FECHA DEL CONTRATO/CONVENIO:	6 DE NOVIEMBRE DE 2025		
OBJETO DEL CONTRATO/CONVENIO:	PRESTAR SERVICIOS PARA EL DESARROLLO DE ACCIONES DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA, EDUCACIÓN, CAPACITACIÓN, SENSIBILIZACIÓN, ASESORÍA, ASISTENCIA TÉCNICA, ESTABLECIENDO EL CUMPLIMIENTO DE LA NORMATIVIDAD Y FOMENTO DE LA PROMOCIÓN DE HÁBITOS ALIMENTARIOS SALUDABLES PARA LA POBLACIÓN ENVIGADEÑA		
PLAZO:	404 DIAS		
FECHA DE INICIO:	6 DE NOVIEMBRE DE 2025		

VALOR CONTRATO/CONVENIO VIGENCIA:	$ 1.058.500.000
VALOR CONTRATO/CONVENIO VIG. FUTURA:	$
VALOR IVA:	$
VALOR TOTAL:	$ 1.058.500.000
PERIODO/CUOTA A PAGAR:	DEL 01 AL 30 DE AGOSTO

FORMA DE PAGO:

EL MUNICIPIO DE ENVIGADO, PAGARÁ AL CONTRATISTA EL VALOR DEL PRESENTE CONTRATO ENCUOTAS MENSUALES/ PARCIALES Y/O PROPORCIONAL AL SERVICIO EFECTIVAMENTE PRESTADO/POR PRODUCTO O SERVICIOENTREGADO DE ACUERDO AL PAC, (PLAN ANUAL DE CAJA) DE LA SIGUIENTE MANERA:LA PROPUESTA ESTÁ ESTRUCTURADA PARA LA REALIZACIÓN DE LOS PAGOS ENTRE LA FECHA DE INICIO DEL CONTRATO HASTA EL 15DE DICIEMBRE DEL 2026, SEGÚN PRODUCTO O SERVICIO ENTREGADO Y RECIBIDO A SATISFACCIÓN POR PARTE DEL SUPERVISOR YDE ACUERDO CON EL PLAN ANUALIZADO DE CAJA DEL MUNICIPIO DE ENVIGADO, PREVIA PRESENTACIÓN DE LA FACTURA CON SUSDEBIDOS SOPORTES.LO ANTERIOR, DE CONFORMIDAD CON LA CIRCULAR 2025000003 DEL 9 DE ENERO DE 2025 EXPEDIDA POR LA SECRETARÍA DEHACIENDA Y DIRECCIÓN FINANCIERA Y CONTABLE REFERENTE A LA FECHA DE CIERRES CONTABLES, VIGENCIA 2025; PREVIAPRESENTACIÓN 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 PORCONCEPTO 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 DELSUPERVISOR.

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 LOSSERVICIOS CUANDO HAYA INCUMPLIDO ALGUNA DE LAS OBLIGACIONES, Y SE LIBERARÁN LOSSALDOS RETENIDOS CUANDO ELCONTRATISTA SUBSANE EL INCUMPLIMIENTO Y SATISFAGA LAS RECLAMACIONES O REQUERIMIENTOS PRESENTADOS. DE LOSPAGOS SE DESCONTARÁN LOS IMPUESTOS RESPECTIVOS QUE APLIQUENSEGÚN EL RÉGIMEN TRIBUTARIO DEL CONTRATISTA, CUYAVERIFICACIÓN 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 SIGUIENTESA LA FECHA DE RADICACIÓN DE LA FACTURA O CUENTA DE COBRO, PARA REALIZAR CADA DESEMBOLSO.*

FECHA DE SUSPENSIÓN:	Día de mes de año.
FECHA DE REINICIO:	Día de mes de año.
ACTA DE ADICION:	
FECHA DE ACTA ADICIÓN:	Día de mes de año.
VALOR ADICION:	$
TIEMPO DE ADICION:	X meses.
VALOR TOTAL DEL CONTRATO/CONVENIO: (Valor contrato/convenio más adición)	$ 1.058.500.000

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 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	
Periodo de cotización	
Fecha de pago	
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/convenio antes de IVA				**$ 61.054.688**
2	Glosa (+)(-) (Nota crédito/nota débito)				**$**
3	Subtotal (=1+2)				**$ 61.054.688**
	Concepto de Impuesto	**% Impuesto**	**Base**	**Valor Impuesto**	**Totales Impuestos**
4	IVA	19%	$	$	**$**
		5%	$	$	
5	Impuesto al consumo	8%	$	$	**$**
6	**Total Impuestos (=4+5)**				**$**
7	**Valor Total Cuota (=3+6)**				**$ 61.054.688**
8	Menos valor Amortización Anticipo= (3x% de anticipo)			**$**	**$**
9	**Valor a Pagar del Acta (=7-8)**				**$ 61.054.688**
Diligenciar los campos 10, 11 y 12 solo si hay compensación					
10	Tipo de Impuesto				
11	Número de Factura				
12	Valor de la Factura				**$**
Valor total a pagar al contratista (=9-12)					**$ 61.054.688**

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		
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.

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
01-135-20260025	1/01/2026	01-116-20260027	1/01/2026	23202020090200 00001903019911 22001333702100 20116	3	$ 2.056.749
01-135-20260025	1/01/2026	01-116-20260027	1/01/2026	23202020080000 00001903016839 90001331602100 20116	4	$ 14.319.675
01-135-20260025	1/01/2026	01-116-20260027	1/01/2026	23202020080000 00001905015831 17001332902100 20646	9	$ 19.083.273
01-135-20260025	1/01/2026	01-116-20260027	1/01/2026	23202020090000 00001906027929 19001332402100 20159	11	$ 19.276.699
01-135-20260025	1/01/2026	01-116-20260027	1/01/2026	23202020090000 00001905031929 13001330802100 20114	12	$ 3.164.644
01-135-20260025	1/01/2026	01-116-20260027	1/01/2026	23202020090000 00001905031929 19001330802100 20114	13	$ 3.153.648

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	XXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXX	$ (A)	$ (B)	$ (C = A – B)	☐	☐

9. RESPONSABLES

Para constancia firma:

Firma	espacio para firma
Nombre del Ordenador del Gasto Cargo	**SALOMÉ LONDOÑO ZAPATA** **SECRETARIA DE SALUD**

Elaboró	espacio para firma	Nombre Cargo: Dependencia:	LINA MARCELA MONTOYA MEJIA AUXILIAR ADMINISTRATIVA SECRETARIA DE SALUD
Revisó y aprobó	espacio para firma	Nombre Cargo: Dependencia:	WALTER ALONSO BOLIVAR MUNERA DIR. GESTION DEL CONOCIMIENTO Y PLANEACION EN SALUD SECRETARIA DE SALUD
Revisó y aprobó	espacio para firma	Nombre Cargo: Dependencia:	MAURICIO OSPINA ARROYAVE DIR. DE CFR SECRETARIA DE SALUD
Revisó y aprobó	espacio para firma	Nombre Cargo: Dependencia:	MARIBEL ARREDONDO GIL DIR. PRESTACION DE SERVICIOS EN SALUD SECRETARIA DE SALUD
Revisó y aprobó	espacio para firma	Nombre Cargo: Dependencia:	DIANA CAROLINA MESA VALENCIA PROFESIONAL UNIVERSITARIA SECRETARIA DE SALUD

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	WALTER ALONSO BOLIVAR MUNERA
Correo electrónico:	Walter.bolivar@envigado.gov.co – lina.montoya@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