

|                                                                                                                       |                                          |                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|------------------|
| <br>Alcaldía Municipal<br>de Envigado | <b>ACTA DE PAGO PARCIAL<br/>CONTRATO</b> | Código: AR-F-015 |
|                                                                                                                       |                                          | Versión: 09      |
|                                                                                                                       |                                          | Página 1 de 3    |

**ACTA NUMERO 006**

22 de julio de 2022

**CONTRATISTA:** JULIAN SANTACRUZ LOAIZA

**NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:** 1.037.591.261

**ENTIDAD BANCARIA:** Bancolombia

**TIPO DE CUENTA:** Ahorros

**NÚMERO DE CUENTA:** 021-877182-55

**CONTRATO N°** ENV-08-09-0295-22

**FECHA DEL CONTRATO:** 20 de enero de 2022

**OBJETO DEL CONTRATO** PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE APOYO, A LA GESTIÓN DE COBRO PERSUASIVO Y COACTIVO DE COMPETENCIA DE LA SECRETARIA DE MOVILIDAD DE ENVIGADO.

**VALOR ANTES DE IVA** \$49.903.393

**VALOR IVA:** \$N/A

**VALOR TOTAL** \$49.903.393

**FORMA DE PAGO**

El municipio de Envigado, pagará al contratista el valor del presente contrato de acuerdo al PAC, (Plan Anual de Caja), para la vigencia 2022, 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 documento equivalente, para realizar cada desembolso.

**PLAZO INICIAL**

El plazo estimado para la ejecución del objeto contractual será de trescientos cuarenta y tres (343) días y en todo caso no podrá superar el 31 de diciembre de la correspondiente vigencia fiscal.

**FECHA DE INICIO**

21 DE ENERO DE 2022

**FECHA DE SUSPENSIÓN**

N/A

**FECHA DE REINICIO**

N/A

**ACTA DE ADICION**

N/A

**VALOR ADICION:**

N/A

**VALOR TOTAL DEL CONTRATO:** \$49.903.393

**FECHA DE ADICIÓN:** N/A

**ADICION TIEMPO:** N/A

**RDP VF NÚMERO** N/A

|                                                                                                                        |                                          |                  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|------------------|
| <br>Alcaldía Municipal<br>de Envigado | <b>ACTA DE PAGO PARCIAL<br/>CONTRATO</b> | Código: AR-F-015 |
|                                                                                                                        |                                          | Versión: 09      |
|                                                                                                                        |                                          | Página 2 de 3    |

FECHA N/A  
VALOR N/A

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 | X             | Diligencie el cuadro               |    |    |
|---------------------------------------|----|---------------|------------------------------------|----|----|
|                                       | No |               | Omita el cuadro                    |    |    |
| PERSONA NATURAL PRESENTO              |    |               | PERSONA JURIDICA PRESENTO          |    |    |
|                                       |    |               |                                    | SI | NO |
| Planilla numero                       |    | 1046728287    | Certificado de Representante Legal |    |    |
| Periodo de Cotización                 |    | junio de 2022 |                                    |    |    |
| Fecha de pago                         |    | 07/07/2022    | Certificado de Revisor Fiscal      |    |    |
| Valor base de cotización              |    | \$1.761.508   |                                    |    |    |
| Salud                                 |    | \$220.200     | Periodo de Cotización              |    |    |
| Pensión                               |    | \$281.900     |                                    |    |    |
| ARL tipo de riesgo                    | 01 | \$9.200       |                                    |    |    |

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

#### VALOR A PAGAR

| DESCRIPCIÓN                |                                                      |     | VALOR       |
|----------------------------|------------------------------------------------------|-----|-------------|
| 1                          | Valor Cuota pactada contrato antes de IVA            |     | \$4.403.770 |
| 2                          | Glosa(+)(-)                                          |     | N/A         |
| 3                          | Subtotal (1+2)                                       |     | \$4.403.770 |
| 4                          | IVA                                                  | XX% | N/A         |
| 5                          | Impuesto al consumo                                  | XX% | N/A         |
| 6                          | Valor Total Cuota (3+4+5)                            |     | \$4.403.770 |
| 7                          | Menos valor Amortización Anticipo= (3x% de anticipo) | XX% | N/A         |
| 8                          | Valor a Pagar del Acta (6-7)                         |     | \$4.403.770 |
| Compensación               |                                                      |     |             |
| 9                          | Tipo de Impuesto                                     |     | N/A         |
| 10                         | Número de Factura                                    |     | N/A         |
| 11                         | Valor de la Factura                                  |     | N/A         |
| Valor Total a Pagar (8-11) |                                                      |     | \$4.403.770 |

Beneficiario del pago. (Diligenciar solo si tiene endoso)

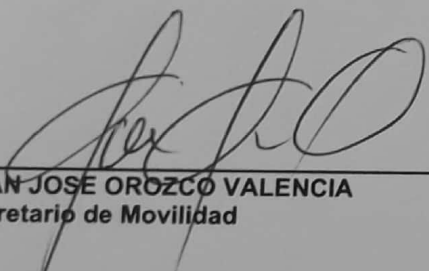
| ENDOSOS               | Beneficiario Pago (1) | Beneficiario Pago (2) |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Nombre                |                       |                       |
| Número Identificación |                       |                       |
| Entidad 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 endoso 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 |
|--------------------------------------------|----------------------|-----------------------------------------|-------------------|-------------------------------------------------------|---------|------------------|
| 01-110-20220184                            | 05/01/2022           | 01-111-20220428                         | 21/01/2022        | 21202020080000000000000000000008219900083040010000002 | 01      | \$4.403.770      |

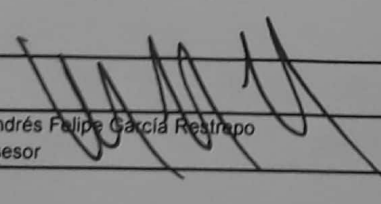
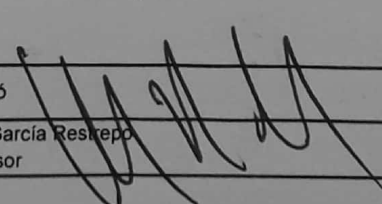
Para constancia firman:

  
JUAN JOSE OROZCO VALENCIA  
Secretario de Movilidad

| Registro de Entradas y Salidas de Bienes |  |                               |  |
|------------------------------------------|--|-------------------------------|--|
| Nombre de<br>Funcionario<br>que Reporta  |  | Número Documento<br>Entrada   |  |
|                                          |  | Número Documento<br>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.

|                                                                                             |                               |                                                                                                      |                               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|
| Elaboró  |                               | Revisó y Aprobó  |                               |
| Nombre                                                                                      | Andrés Felipe García Restrepo | Nombre                                                                                               | Andrés Felipe García Restrepo |
| Cargo                                                                                       | Asesor                        | Cargo                                                                                                | Asesor-Supervisor             |