ALCALDÍA DE ENVIGADO

BPAG_A

324 - TRANSFERENCIA ELECTRONICA

Documento de Pago : 324 - 202212247 **Fecha :** 28-OCT-2022

Cuenta Pagadora : 294129622 - BANCO DE BOGOTA AHORR.R.PROPIO

Documento de Causación: 202-202208753 **Radicado :** 60485

Contrato: ENV-08-09-0295-22 **Acta de pago :** 009

Tercero : 1037591261 - SANTACRUZ LOAIZA JULIAN

Beneficiario : 1037591261 - SANTACRUZ LOAIZA JULIAN

Cuenta Beneficiario	Entidad Financiera	Tipo de Cuenta
02187718255	BANCOLOMBIA	A

Concepto: ACTA DE PAGO 09 CO:ENV-08-09-0295-22.PERIODO SEP 21 - OCT 20 2022.PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE APOYO A LA GESTIÓN DE COBRO PERSUASIVO Y COACTIVO DE COMPETENCIA DE LA SECRETARÍA DE MOVILIDAD DE ENVIGADO.

Cuenta		Descripción	Valor
202	202208753	SANTACRUZ LOAIZA JULIAN	4,403,770.00
			4,403,770.00

Elaboró

Revisó

Aprobó

Fecha de Aplicacion: 28-OCT-2022 Usuario: SLVARGAS Terminal: ENVIGADO\ALC_TES_PRO

26 OCT. 2022

ALCALDÍA DE ENVIGADO

CUENTA POR PAGAR

Beneficiario : SANTACRUZ LOAIZA JULIAN — CC-NIT: 1037591261 — Fecha: 26-10-2022

Direccion : CR 33 39 SUR 048 AP 301 — Telefono : 3348195 — Fecha Vencimiento : 26-10-2022

Observacion: ACTA DE PAGO 09 CO:ENV-08-09-0295-22.PERIODO SEP 21 - OCT 20 2022.PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE APOYO A LA GESTIÓN DE COBRO PERSUASIVO Y COACTIVO DE COMPETENCIA DE LA SECRETARÍA DE MOVILIDAD DE ENVIGADO.

Valor Bruto : 4,403,770.00

CXP. No. 202 202208753

Factura No. 72

Soporte : CONTRATO No. ENV-08-09-0295-22 009

Tipo Cuenta: A

N. Cta Bancaria: 02187718255 — Nombre Entidad Financiera: BANCOLOMBIA

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

Concepto	Descripcion del Concepto	Valor del Concepto
9521	HONORARIOS CONTRATISTAS - FUNCIONAMIENTO	4,403,770.00

Movimiento Presupuestal

RP	Codigo	Fuente	CI	Cta. Financiera	Valor
20220428 1	2120202008000000000000000821990008304001000000 2	3 - 100	01	RP	4,403,770.00

Movimiento Contable

Cta. Contable	Descripcion	Tercero	CI	Debito	Credito
249054	Honorarios	1037591261	01		4,403,770.00
51117902	Honorarios - Personas Naturales	1037591261	01	4,403,770.00	

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 : $ 4,403,770.00 CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS TRES MIL SETECIENTOS SETENTA PESO(S) CON 0/100 M/CTE

ESTADO ACTIVO.

SALDO :$ 4,403,770.00

RADICADO: 60485

ZULEY YELENY ESCOBAR RESTREPO
Elaborado Cuentas por Pagar

JUAN JOSE OROZCO
Solicitado Por:

WALTER ALBERTO BUSTAMANTE LONDO
Autorizado Por:

27 OCT. 2022

REVISADO
Tesoreria

8753

Alcaldía de Envigado

0060485-0000007-20221024
1100 - 2022/10/24 16:58:21

Envigado, 21 de octubre de 2022

CUENTA DE COBRO N° 072

ENV-08-09-0295-22

EL MUNICIPIO DE ENVIGADO

NIT 890.907.106-5

DEBE A:

JULIAN SANTACRUZ LOAIZA, identificado(a) con cedula de ciudadanía **1.037.591.261** de Envigado, la suma de **CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS TRES MIL SETECIENTOS SETENTA PESOS ($4.403.770)** m/c, por concepto de prestación de servicios profesionales de apoyo a la gestión de cobro persuasivo y coactivo de competencia de la Secretaría de Movilidad de Envigado., correspondiente al acta de pago n° 09. Periodo laborado del 21 de septiembre al 20 de octubre 2022.

Certifico bajo gravedad de Juramento el pago de seguridad social con números de planilla: **1048569008** los siguientes valores:

- Pago de salud: $220.200
- Pago de pensión: $281.900
- Pago de ARL: $9.200

Estos aportes deben ser tomados en cuenta para la disminución de la base de retención de la fuente.

Bajo gravedad de juramento manifiesto que, no me aplica el artículo 1° en el numeral 6 del decreto 1808, según lo previsto en el numeral 10 del artículo 206 del Estatuto Tributario.

Bajo la gravedad de juramento me permito manifestar lo siguiente:

1. **Soy residente fiscal colombiano de conformidad con el artículo 10 del Estatuto Tributario. (Marque una sola opción).**

   SI X NO ___

2. **Soy declarante del Impuesto de Renta y Complementarios: SI ____ NO X**

3. **Para el cumplimiento de la labor contratada:**

   SI_____ NO X___ he contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores asociados a la actividad y manifiesto mi compromiso de dar aviso si esta condición se modifica.

   SI____ NO X____ he contrato por un término igual o superior a noventa (90) días continuos o discontinuos dos o más trabajadores o contratistas asociados a la actividad.

Autorizo al Municipio de Envigado, para que realice transferencias a mi cuenta de ahorros **BANCOLOMBIA** No. 021-877182-55 por concepto de pago correspondiente al presente contrato.

JULIAN SANTACRUZ LOAIZA

C.C. 1.037.591.261

Correo: Julian.santacruz@envigado.gov.co

9521

CONTIENE ANEXOS

ACTA NUMERO 09	
21 de octubre de 2022	
1. CONTRATO	
CONTRATISTA:	**JULIAN SANTACRUZ LOAIZA**
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	**1.037.591.261**
ENTIDAD BANCARIA:	**Bancolombia**
TIPO DE CUENTA:	Ahorros
NÚMERO DE CUENTA:	**02187718255**
CONTRATO Nº :	**ENV-08-09-0295-22**
FECHA DEL CONTRATO:	20 de enero de 2021
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
PLAZO:	343 dias
FECHA DE INICIO:	21 de enero de 2022
VALOR CONTRATO VIGENCIA:	**$49.903.393**
VALOR CONT.VIG. FUTURA:	$
VALOR IVA:	$
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.
PERIODO A PAGAR:	**21 de septiembre al 20 de octubre de 2022**
FECHA DE SUSPENSIÓN:	Día de mes de año.
FECHA DE REINICIO:	Día de mes de año.
ACTA DE ADICION:	XX
FECHA DE ACTA ADICIÓN:	Día de mes de año.
VALOR ADICION:	$
TIEMPO DE ADICION:	X meses.
VALOR TOTAL DEL CONTRATO: (Valor contrato más adición)	$

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	**1048569008**
Periodo de cotización	**Septiembre de 2022**
Fecha de pago	**10/10/2022**
Valor base de cotización	$1.761.508
Valor pagado en salud	$ 220.200
Valor pagado en pensión	$ 281.900
Valor pagado ARL según tipo de riesgo	$ 9.200

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		$4.403.770
2	Glosa(+)(-)		$
3	Subtotal (1+2)		$4.403.770
4	IVA	XX%	$
5	Impuesto al consumo	XX%	$
6	Valor Total Cuota (3+4+5)		$4.403.770
7	Menos valor Amortización Anticipo= (3x% de anticipo)	XX%	$
8	Valor a Pagar del Acta (6-7)		$4.403.770
Diligenciar los campos 9 – 10 – 11 solo si hay compensación			
9	Tipo de Impuesto		$
10	Número de Factura		$
11	Valor de la Factura		$
Valor total a pagar al contratista (8-11)			$4.403.770

6. 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.

7. 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
01-110-20220184	5/01/2022	01-111-20220428	21/01/2022	2120202008000000 0000000008219900 083040010000002	1	**$4.403.770**

8. RESPONSABLES

Para constancia firma:

Firma	*espacio para la firma*
Nombre del Ordenador del Gasto Cargo	**JUAN JOSE OROZCO VALENCIA** Secretario de Movilidad

Elaboró	*espacio para la firma*	Nombre completo: Cargo: Dependencia:	ANDRES FELIPE GARCIA RESTREPO Asesor- Supervisor Secretaria de Movilidad
Revisó y aprobó	*espacio para la firma*	Nombre completo: Cargo: Dependencia:	ANDRES FELIPE GARCIA RESTREPO Asesor- Supervisor Secretaria de Movilidad

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.

9. 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 compos que no se requieran ser diligenciados colocar N/A no aplican.*
	• *La guía de diligenciamiento se encuentra en G+ AR-G-052*

10. 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