Original

Envigado, 08 de abril de 2024

Alcaldía de Envigado

0020183-0000007-20240409
1100 - 2024/04/09 11:42:05

CUENTA DE COBRO No. **68**

EL MUNICIPIO DE ENVIGADO
NIT 890.907.106-5

Contrato de Prestación de Servicios No **ENV-08-09-0319-24**

Debe a:
SANTIAGO GARCIA MEJIA
C.C. 1.037.601.047

La suma de **DOS MILLONES TRECIENTOS CUARENTA Y SIETE MIL SEIS PESOS m.l (2.347.006)** correspondientes al acta de pago # **2** por las actividades realizadas durante el periodo comprendido del **08 de marzo de 2024 al 07 de abril de 2024**, del Contrato de Prestación de Servicios No. **ENV-08-09-0319-24** cuyo objeto es LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y/O TRÁMITES EN GENERAL QUE PERMITAN GARANTIZAR LA OPERATIVIDAD DE LA SECRETARIA DE MOVILIDAD.

He cancelado los aportes a la seguridad social mediante Planilla de pago Nro. **69430000** de marzo 25 de 2024 así:

Aportes Fondo de Pensiones:	$ 210.500
Aportes Fondo de Salud:	$ 164.500
Aportes Fondo de ARL:	$ 6.900
Total Seguridad social:	$ 381.900

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 de renta***
   SI NO X
3. ***Sobre los ingresos percibidos, por la ejecución del presente contrato, incurro en costos y gastos que serán imputados en mi declaración de renta 2024.***
   SI NO X
4. ***Pertenezco al régimen simple de tributación:***
   SI NO X
5. ***"Solicito por favor aplicar a esta cuenta de cobro un porcentaje de retención en la fuente de 0 %, esto siempre y cuando que el porcentaje resultante de la aplicación del procedimiento establecido en el artículo 383 del ET fuere inferior al acá solicitado".***

Autorizo al Municipio de Envigado para que realice transferencias a mi cuenta de ahorros número 009910187***del banco Itau, por concepto de pagos del presente contrato.***

SANTIAGO GARCIA MEJIA
C.C 1.037.601.047
Tel: 3005583958
Correo electrónico: santygm69@gmail.com

CONTIENE ANEXOS

ACTA NUMERO 2	
8 de abril de 2024	
1. CONTRATO	
CONTRATISTA:	SANTIAGO GARCIA MEJIA
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1.037.601.047
ENTIDAD BANCARIA:	ITAU
TIPO DE CUENTA:	AHORROS
NÚMERO DE CUENTA:	**009910187**
CONTRATO Nº :	ENV-08-09-0319-24
FECHA DEL CONTRATO:	8 de febrero de 2024
OBJETO DEL CONTRATO:	prestación de servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o trámites en general que permitan garantizar la operatividad de la secretaría de movilidad del municipio de Envigado.
PLAZO:	317 DIAS
FECHA DE INICIO:	8 de febrero de 2024 .
VALOR CONTRATO VIGENCIA:	$24.487.096
VALOR CONT.VIG. FUTURA:	$
VALOR IVA:	$
VALOR TOTAL:	$24.487.096
FORMA DE PAGO:	: El Municipio de Envigado pagará al contratista el valor del presente contrato de acuerdo al Plan Anualizado de Caja (PAC) 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 cuenta de cobro, para realizar cada desembolso
PERIODO A PAGAR:	Del 8 de marzo de 2024 al 7 de abril de 2024
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	69430000
Periodo de cotización	02-2024
Fecha de pago	**25/03/2024**
Valor base de cotización	**$1.300.000**

Valor pagado en salud	**$162.500**
Valor pagado en pensión	**$208.000**
Valor pagado ARL según tipo de riesgo	**$6.800**

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		$2.347.006
2	Glosa(+)(-)		$
3	Subtotal (1+2)		$2.347.006
4	IVA	XX%	$
5	Impuesto al consumo	XX%	$
6	Valor Total Cuota (3+4+5)		$2.347.006
7	Menos valor Amortización Anticipo= (3x% de anticipo)	XX%	$
8	Valor a Pagar del Acta (6-7)		$2.347.006
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)			$2.347.006

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
01-110-20240218	8/02/2024	01-111-20240618	8/02/2024	2120202008000 0000000000008 594000083040 010000002	01	$2.347.006

8. RESPONSABLES

Para constancia firma:

Firma	espacio para firma
Nombre del Ordenador del Gasto Cargo	JUAN FERNANDO VELEZ PALACIO Secretario de Movilidad

Elaboró	espacio para firma	Nombre completo: Cargo: Dependencia:	Yaneth Milena Hurtado Moreno Técnico Operativo Secretaria de Movilidad
Revisó y aprobó	espacio para firma	Nombre completo: Cargo: Dependencia:	Yaneth Milena Hurtado Moreno Técnico Operativo 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 campos 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