ALCALDÍA DE ENVIGADO

BPAG_A

324 - TRANSFERENCIA ELECTRONICA

Documento de Pago : 324 - 20243887 **Fecha :** 25-APR-2024

Cuenta Pagadora : 01968405744 - BANCOLOMBIA AHORROS R.PROPIOS

Documento de Causación: 202-202402175 **Radicado :** 23801

Contrato: ENV-04-09-0821-24 **Acta de pago :** 1

Tercero : 71376709 - CARMONA CARDONA JOAN ALONSO

Beneficiario : 71376709 - CARMONA CARDONA JOAN ALONSO

Cuenta Beneficiario	Entidad Financiera	Tipo de Cuenta
10192724660	BANCOLOMBIA	A

Concepto: ACTA PAGO 1 CO ENV-04-09-0821-24 PERIODO 21 MAR 20 ABR 2024.PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE ASESORÍA JURÍDICA EN TODO LO RELACIONADO CON DERECHO TRIBUTARIO, FISCAL Y ADMINISTRATIVO EN LA TESORERÍA DEL MUNICIPIO DE ENVIGADO.

Cuenta		Descripción	Valor
202	202402175	CARMONA CARDONA JOAN ALONSO	4,898,755.00
			4,898,755.00

Elaboró

Revisó

Aprobó

Fecha de Aplicacion: 25-APR-2024 Usuario: ELIDARRAGA Terminal: ENVIGADO\ALC_TES_PRO

ALCALDÍA DE ENVIGADO

24 ABR 2024

4:24

CUENTA POR PAGAR

Beneficiario : CARMONA CARDONA JOAN ALONSO **CC-NIT:** 71376709 **Fecha:** 24-04-2024

Direccion : TV 34DD SUR 32C 29 **Telefono :** 301-2051585 **Fecha Vencimiento :** 24-04-2024

Observacion: ACTA PAGO 1 CO ENV-04-09-0821-24 PERIODO 21 MAR 20 ABR 2024.PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE ASESORÍA JURÍDICA EN TODO LO RELACIONADO CON DERECHO TRIBUTARIO, FISCAL Y ADMINISTRATIVO EN LA TESORERÍA DEL MUNICIPIO DE ENVIGADO.

Valor Bruto : 4,898,755.00

CXP. No. 202 202402175

Factura No. 45

Soporte : CONTRATO No. ENV-04-09-0821-24 1

Tipo Cuenta: A

N. Cta Bancaria: 10192724660 **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	4,898,755.00

Movimiento Presupuestal

RP	Codigo	Fuente	CI	Cta. Financiera	Valor
20241352 1	2120202008000000000000000821200004304001000000 2	3 - 100	01	RP	4,898,755.00

Movimiento Contable

Cta. Contable	Descripcion	Tercero	CI	Debito	Credito
249054	Honorarios	71376709	01		4,898,755.00
51117902	Honorarios - Personas Naturales	71376709	01	4,898,755.00	

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 : $ 4,898,755.00 CUATRO MILLONES OCHOCIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL SETECIENTOS CINCUENTA Y CINCO PESO(S) CON 0/100 M/CTE

ESTADO ACTIVO.

SALDO :$ 4,898,755.00

RADICADO: 23801

CONRADO ANTONIO ESPINOSA ESPINOS	DANIELA PELAEZ GONZALEZ	WALTER ALBERTO BUSTAMANTE LONDO
Elaborado Cuentas por Pagar	Solicitado Por:	Autorizado Por:

25 ABR 2024

REVISADO

Tesorería

original

Alcaldía de Envigado

0023801-0000007-20240423
1100 - 2024/04/23 16:24:50

Envigado, 22 de abril de 2024

CUENTA DE COBRO No. 045

EL MUNICIPIO DE ENVIGADO
NIT 890.907.106-5
Contrato de Prestación de Servicios No. **ENV 04-09-0821-24**

DEBE A:

JOAN ALONSO CARMONA CARDONA
C.C. 71.376.709

La suma de **CUATRO MILLONES OCHOCIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL SETECIENTOS CINCUENTA Y CINCO PESOS** M.L. **($4.898.755)** correspondientes al ACTA DE PAGO NUMERO 1 correspondiente a los dias 21 de marzo al 20 de abril de 2024 del contrato de prestacion de servicios No. **ENV 04-09-0821-24** cuyo objeto es Prestación de servicios profesionales de asesoría jurídica en todo lo relacionado con derecho tributario, fiscal y administrativo en la tesorería del municipio de Envigado.

He cancelado los aportes a la seguridad social mediante planilla de pago número **9465666828 el día 16 de ABRIL de 2024**

Aportes Fondo de Pensiones:	313.600
Aportes Fondo de Salud:	245.000
Aportes Fondo de ARL:	10.300
Total, Seguridad social:	568.900

Solicito que estos valores sean descontados de la base de retención en la fuente.

"Bajo la gravedad de juramento me permiso manifestar lo siguiente:

1.soy residente fiscal colombiano de conformidad con el artículo 10 del estatuto tributario.
SI X NO___
2. soy declarante de renta
Si_X_ NO_
3. sobre los ingresos percibidos, por la ejecución del presente contrato, incurro en costos y gastos que serán imputados a mi declaración de renta
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 del 0%, esto siempre y cuando que el porcentaje resulte 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 **BANCOLOMBIA** No. 10192724660 por concepto de pago correspondiente al presente contrato.

Joan carmona cardona
JOAN ALONSO CARMONA CARDONA
C.C. 71.376.709
Tel: 339 40 00
Correo: joan.carmona@envigado.gov.co

CONTIENE ANEXO

ACTA NUMERO 001	
22 de abril de 2024	
1. CONTRATO	
CONTRATISTA:	JOAN ALONSO CARMONA CARDONA
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	71.376.709
ENTIDAD BANCARIA:	BANCOLOMBIA
TIPO DE CUENTA:	AHORROS
NÚMERO DE CUENTA:	10192724660
CONTRATO Nº :	ENV-04-09-0821-24
FECHA DEL CONTRATO:	20 de marzo de 2024
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestación de servicios profesionales de asesoría jurídica en todo lo relacionado con derecho tributario, fiscal y administrativo en la tesorería del Municipio de Envigado
PLAZO:	Para esta contratación se cuenta con la suma TREINTA Y CUATRO MILLONES DOSCIENTOS NOVENTA Y UN MIL DOSCIENTOS OCHENTA Y CINCO PESOS M/L ($34.291.285). NO RESPONSABLE DE IVA. Respaldado en el CDP Nº 110-20240883 expedido por la Tesorería para la vigencia 2024.
FECHA DE INICIO:	21 de marzo de 2024 .
VALOR CONTRATO VIGENCIA:	$ 34.291.285
VALOR CONT.VIG. FUTURA:	$ 0
VALOR IVA:	$ 0
VALOR TOTAL:	$ 34.291.285
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:	21 de marzo al 20 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	**9465666828**
Periodo de cotización	**04-2024**
Fecha de pago	**16/04/2024**
Valor base de cotización	**$ 1.959.502**
Valor pagado en salud	**$ 245.000**
Valor pagado en pensión	**$ 313.600**

Valor pagado ARL según tipo de riesgo	$ 10.300

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		$ 4.898.755
2	Glosa(+)(-)		$
3	Subtotal (1+2)		$ 4.898.755
4	IVA	XX%	$
5	Impuesto al consumo	XX%	$
6	Valor Total Cuota (3+4+5)		$ 4.898.755
7	Menos valor Amortización Anticipo= (3x% de anticipo)	XX%	$
8	Valor a Pagar del Acta (6-7)		$ 4.898.755
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)			$ 4.898.755

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
01-110-20240883	12/03/2024	01-111-20241352	21/03/2024	2120202008000000 0000000008212000 043040010000002	01	$ 4.898.755

8. RESPONSABLES

Para constancia firma:

Firma	*espacio para firma*
Nombre del Ordenador del Gasto Cargo	**DANIELA PELÁEZ GONZÁLEZ** **Tesorera**

Elaboró	*espacio para firma*	Nombre completo: Cargo: Dependencia:	SHEYLA VANESSA CALVETE LOBO PROFESIONAL UNIVERSITARIA TESORERÍA
Revisó y aprobó	*espacio para firma*	Nombre completo: Cargo: Dependencia:	DIANA VELEZ FINANCIERA TESORERÍA
Aprobó	*espacio para firma*	Nombre completo: Cargo: Dependencia:	NATALIA SUAREZ ZAPATA CONTRATISTA TESORERIA

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