ALCALDÍA DE ENVIGADO BPAG_A

324 - TRANSFERENCIA ELECTRONICA

Documento de Pago : 324 - 202512711 **Fecha :** 08-OCT-2025

Cuenta Pagadora : 01968405744 - BANCOLOMBIA AHORROS R.PROPIOS

Documento de Causación: 202-202509347 **Radicado :** 68971

Contrato: ENV-08-09-0161-25 **Acta de pago :** ACTA DE PAGO N°09

Tercero : 1037601047 - GARCIA MEJIA SANTIAGO

Beneficiario : 1037601047 - GARCIA MEJIA SANTIAGO

Cuenta Beneficiario	Entidad Financiera	Tipo de Cuenta
009910187	BANCO SANTANDER- ITAU	A

Concepto: ACTA PAGO 9 CO ENV-08-09-0161-25 PERIODO SEPT 2025 PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA EN LA DIRECCIÓN DE PROCESOS ADMINISTRATIVOS QUE PERMITAN GARANTIZAR LA OPERATIVIDAD DE LA SECRETARÍA DE MOVILIDAD.

Cuenta		Descripción	Valor
202	202509347	GARCIA MEJIA SANTIAGO	2,534,766.00
			2,534,766.00

Elaboró

Revisó

Aprobó

Fecha de Aplicacion: 08-OCT-2025 Usuario: ELIDARRAGA Terminal: ENVIGADO\ALCTESPRO3:

03 OCT 2025
10:59 am

ALCALDÍA DE ENVIGADO

CUENTA POR PAGAR

Beneficiario : GARCIA MEJIA SANTIAGO **CC-NIT:** 1037601047 **Fecha:** 02-10-2025

Direccion : CR 45 A 66 021 **Telefono :** 3727207 **Fecha Vencimiento :** 02-10-2025

Observacion: ACTA PAGO 9 CO ENV-08-09-0161-25 PERIODO SEPT 2025 PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA EN LA DIRECCIÓN DE PROCESOS ADMINISTRATIVOS QUE PERMITAN GARANTIZAR LA OPERATIVIDAD DE LA SECRETARÍA DE MOVILIDAD.

Valor Bruto : 2,534,766.00

CXP. No. 202 202509347

Factura No. 87

Soporte : CONTRATO No. ENV-08-09-0161-25 ACTA DE PAGO N°09

Tipo Cuenta: A

N. Cta Bancaria: 009910187 **Nombre Entidad Financiera:** BANCO SANTANDER- ITAU

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

Concepto	Descripcion del Concepto	Valor del Concepto
9522	SERVICIOS CONTRATISTAS - FUNCIONAMIENTO	2,534,766.00

Movimiento Presupuestal

RP	Codigo	Fuente	CI	Cta. Financiera	Valor
20250082	21202020080000000000000008594000083040010000002	3 -100	01	RP	2,534,766.00

Movimiento Contable

Cta. Contable	Descripcion	Tercero	CI	Debito	Credito
249055	Servicios	1037601047	01		2,534,766.00
510801	Remuneración por servicios técnicos	1037601047	01	2,534,766.00	

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 : $ 2,534,766.00 DOS MILLONES QUINIENTOS TREINTA Y CUATRO MIL SETECIENTOS SESENTA Y SEIS PESO(S) CON 0/100 M/CTE

ESTADO ACTIVO

SALDO :$ 2,534,766.00

RADICADO: 68971

JHON PAUL HERNANDEZ BUSTAMANTE
Elaborado Cuentas por Pagar

IVAN CAMILO CADAVID RUIZ
Solicitado Por:

NELSON ENRIQUE MONSALVE
Autorizado Por:

REVISADO
Tesorería

Envigado, 01 de octubre de 2025

Alcaldía de Envigado
0068971-0000007-20251001
1100 - 2025/10/01 16:42:52

CUENTA DE COBRO No. **87**

EL MUNICIPIO DE ENVIGADO
NIT 890.907.106-5

Contrato de Prestación de Servicios No **ENV-08-09-0161-25**

Debe a:
SANTIAGO GARCÍA MEJIA
C.C. 1.037.601.047

La suma de **DOS MILLONES QUINIENTOS TREINTA Y CUATRO MIL SETECIENTOS SESENTA Y SEIS PESOS m.l (2.534.766)** correspondientes al acta de pago **# 09** por las actividades realizadas durante el periodo comprendido del **01 de septiembre de 2025 al 30 de septeimbre de 2025**; del Contrato de Prestación de Servicios No. **ENV-08-09-0161-25** 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. **80723078** de septiembre 30 de 2025 así:

Aportes Fondo de Pensiones:	$ 227.800
Aportes Fondo de Salud:	$ 178.000
Aportes Fondo de ARL:	$ 7.500
Total Seguridad social:	$ 413.300

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 articulo 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 2025.***
   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 09	
1 de OCTUBRE de 2025	
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-08-09-0161-25**
FECHA DEL CONTRATO:	2 de enero de 2025
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestación de servicios de apoyo a la gestión administrativa en la Dirección de Procesos Administrativos que permitan garantizar la operatividad de la Secretaria de Movilidad.
PLAZO:	348 DÍAS
FECHA DE INICIO:	2 de enero de 2025
VALOR CONTRATO VIGENCIA:	$ 29.065.317
VALOR CONTRATO VIG. FUTURA:	$ N/A
VALOR IVA:	$ N/A
VALOR TOTAL:	$ 29.065.317
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:	1 DE SEPTIEMBRE DE 2025 AL 30 DE SEPTIEMBRE DE 2025
FECHA DE SUSPENSIÓN:	N/A
FECHA DE REINICIO:	N/A
ACTA DE ADICION:	N/A
FECHA DE ACTA ADICIÓN:	N/A
VALOR ADICION:	N/A
TIEMPO DE ADICION:	N/A
VALOR TOTAL DEL CONTRATO: (Valor contrato más adición)	$ 29.065.317

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	**80723078**
Periodo de cotización	**09-2025**
Fecha de pago	**30/09/2025**
Valor base de cotización	**$1.423.500**
Valor pagado en salud	**$178.000**
Valor pagado en pensión	**$227.800**
Valor pagado ARL según tipo de riesgo	**$7.500**
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				**$2.534.766**
2	Glosa(+)(-)				**$N/A**
3	Subtotal (=1+2)				**$2.534.766**
	Concepto de Impuesto	**% Impuesto**	**Base**	**Valor Impuesto**	**Totales Impuestos**
4	IVA	19%	$	$	**$ N/A**
		5%	$	$	
5	Impuesto al consumo	XX%	$	$	**$ N/A**
6	**Total Impuestos (=4+5)**				**$N/A**
7	**Valor Total Cuota (=3+6)**				**$2.534.766**
8	Menos valor Amortización Anticipo= (3x% de anticipo)		XX%		**$N/A**
9	**Valor a Pagar del Acta (=7-8)**				**$2.534.766**
Diligenciar los campos 9, 10 y 11 solo si hay compensación					
10	Tipo de Impuesto				**$N/A**
11	Número de Factura				**$N/A**
12	Valor de la Factura				**$N/A**
Valor total a pagar al contratista (=9-12)					**$2.534.766**

6. DEDUCCIONES APLICABLES

#	Concepto	Marcar SI aplica o NO, de acuerdo con los estudios previos	
		SI	**NO**
1	Impuesto de Industria y Comercio		**X**
2	Tasa Prodeporte y Recreación		**X**
3	Estampilla Procultura		**X**
4	Estampilla para el Bienestar del Adulto Mayor		**X**
5	Estampilla ProDesarrollo Institución Universitaria de Envigado (IUE)		**X**
6.	Contribución especial sobre contratos de obra pública		**X**

7. FACTURAS PRECONTRACTUALES

#	Concepto	# Factura de Rentas varias	Fecha de Pago
1	Impuesto de timbre	**N/A**	**N/A**

8. ENDOSO DEL PAGO

DILIGENCIAR SOLO SI TIENE ENDOSO

	Beneficiario Pago (1)	Beneficiario Pago (2)
Nombre	**N/A**	**N/A**
Número Identificación	**N/A**	**N/A**
Entidad Bancaria	**N/A**	**N/A**
Tipo de Cuenta	**N/A**	**N/A**
Número de Cuenta	**N/A**	**N/A**
Valor endosado a Pagar	**N/A**	**N/A**

Nota: En la carpeta del contrato reposa el poder y/o el endosó presentado por el contratista.

9. 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
01-110-20250124	2/01/2025	**01-111-20250082**	2/01/2025	21202020080000000000000008594000083040010000002	01	**$2.534.766**

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 este acta (B)	Valor ajuste (C) (C = A - B)	Autoriza ajuste	
					SI	NO
N/A	N/A	$ (A)	$ (B)	$ (C = A – B)	☐	☐

10. RESPONSABLES

Para constancia firma:

Firma	*espacio para firma*
Nombre del Ordenador del Gasto Cargo	**IVAN CAMILO CADAVID RUIZ** **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.

Nombre Supervisor Contrato	Yaneth Milena Hurtado Moreno
Correo electrónico:	Yaneth.hurtado@envigado.gov.co

11. 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*

12. REPORTE BIENES			
Registro de Entradas y Salidas de Bienes			
Nombre de Funcionario que Reporta		**Número Documento Entrada**	**N/A**
		Número Documento de Salida	**N/A**
Aplica para contratos de obra y compras			