**ACTA NUMERO 06**
02 de agosto de 2021

| | |
|---|---|
| **CONTRATISTA:** | ELIZABETH LARA ARIAS |
| **NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:** | 1.036.643.046 |
| **ENTIDAD BANCARIA:** | BANCOLOMBIA |
| **TIPO DE CUENTA:** | AHORROS |
| **NÚMERO DE CUENTA:** | 01685048066 |
| **CONTRATO Nº** | ENV-13-09-0227-21 |
| **FECHA DEL CONTRATO:** | 26 de enero de 2021 |
| **OBJETO DEL CONTRATO** | Prestación de servicios profesionales para el mejoramiento de las estrategias de comunicación y la generación de contenidos que permitan la participación social teniendo informada la comunidad acerca de los programas y campañas de la Secretaría de Salud. |
| **VALOR ANTES DE IVA** | $ 47.030.555 |
| **VALOR IVA:** | N/A |
| **VALOR TOTAL** | $ 47.030.555 |

**FORMA DE PAGO** El municipio de Envigado, pagará al contratista el valor del presente contrato de acuerdo al PAC, (Plan Anual de Caja) en once (11) cuotas de la siguiente manera: Once (11) cuotas iguales mensuales cada una por valor de CUATRO MILLONES DOSCIENTOS SETENTA Y CINCO MIL QUINIENTOS CINCO PESOS M/CTE ($4.275.505) pagaderas en los meses de febrero a diciembre. Lo anterior, previa presentación de la cuenta debidamente legalizada, en la cual se presentará la certificación que acredite que se encuentra a paz y salvo por concepto de pago de la Seguridad Social integral (PERSONA NATURAL: salud, pensión y riesgos laborales.), previa presentación de su informe de gestión y certificación del recibo a entera satisfacción por parte del supervisor. PARÁGRAFO: El Municipio de Envigado contará con un término de cuarenta y cinco (45) días hábiles siguientes a la fecha de radicación de la factura, para realizar cada desembolso.

| | |
|---|---|
| **PLAZO INICIAL** | 11 Meses |
| **FECHA DE INICIO** | 01 de febrero de 2021 |
| **FECHA DE SUSPENSIÓN** | N/A |
| **FECHA DE REINICIO** | N/A |
| **ACTA DE ADICION** | N/A |
| **VALOR ADICION:** | N/A |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO:** | $ 47.030.555 |
| **FECHA DE ADICIÓN:** N/A | |
| **ADICION TIEMPO**: | N/A |
| **RDP VF NÚMERO** | N/A |
| **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 | | 20785701 | Certificado de Representante Legal | | | |
| Periodo de Cotización | | Junio | | | | |
| Fecha de pago | | 28-07-2021 | Certificado de Revisor Fiscal | | | |
| Valor base de cotización | | $ 1.710.142 | | | | |
| Salud | | $ 213.800 | Periodo de Cotización | | | |
| Pensión | | $ 273.700 | | | | |
| ARL tipo de riesgo | 01 | $ 9.000 | | | | |

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

**VALOR A PAGAR**

| | DESCRIPCION | | VALOR |
|---|---|---|---|
| 1 | Valor Cuota pactada contrato antes de IVA | | $ 4.275.505 |
| 2 | Glosa(+)(-) | | |
| 3 | Subtotal (1+2) | | $ 4.275.505 |
| 4 | IVA | XX% | |
| 5 | Impuesto al consumo | XX% | |
| 6 | Valor Total Cuota (3+4+5) | | $ 4.275.505 |
| 7 | Menos valor Amortización Anticipo= (3x% de anticipo) | XX% | |
| 8 | Valor a Pagar del Acta (6-7) | | $ 4.275.505 |
| **Compensación** | | | |
| 9 | Tipo de Impuesto | | |
| 10 | Número de Factura | | |
| 11 | Valor de la Factura | | |
| **Valor Total a Pagar (8-11)** | | | $ 4.275.505 |

**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 endosó 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 01-110-20210355 | 25-01-2021 | 01-111-20210263 | 27-01-2021 | 2420202008000000019030478361131000226020646 | 01 | $ 4.275.505 |

Para constancia firma:

**SALOME LONDOÑO ZAPATA**
SECRETARIA DE SALUD

| **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** | | | |

***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 completo: Lina Marcela Montoya Mejia<br>Cargo: Auxiliar Administrativa<br>Dependencia: Secretaría de Salud | Nombre completo: Walter Alonso Bolivar Múnera<br>Cargo; Director de Gestión del Conocimiento y Planeación en Salud<br>Dependencia: Secretaría de Salud |