ACTA NUMERO 011

20 de agosto de 2021

CONTRATISTA:	ALIRIO GÓMEZ G. SERVICIOS DE ALIMENTACIÓN S.A.S
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	900.356.683-3
ENTIDAD BANCARIA:	BANCO DE BOGOTÁ
TIPO DE CUENTA:	AHORROS
NÚMERO DE CUENTA:	114-17162-2
CONTRATO Nº	ENV-13-30-0241-21
FECHA DEL CONTRATO:	04 de Marzo de 2021
OBJETO DEL CONTRATO	Suministro y distribución de productos misceláneos y granos para beneficiar a los titulares de derecho del Programa de Alimentación Escolar (PAE) del municipio de Envigado.
VALOR ANTES DE IVA	$2.500.000.000
VALOR IVA:	$0
VALOR TOTAL	$2.500.000.000
FORMA DE PAGO	El municipio de Envigado, pagará al contratista el valor del presente contrato de acuerdo al PAC, (Plan Anual de Caja) de la siguiente manera: se realizará en pagos parciales mensuales según los suministros efectivamente entregados y recibidos a entera satisfacción por la supervisión del contrato; lo anterior, de conformidad con la Circular 0000000 del 06 de enero de 2021 expedida por la Secretaría de Hacienda y Dirección Financiera y Contable referente a las fecha de cierres contables, vigencia 2021 y con la 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 (salud, pensiones y Riesgos Laborales), previa presentación de factura y certificación del recibo a entera satisfacción por parte del supervisor.
PLAZO INICIAL	5 Meses
FECHA DE INICIO	10 de Marzo de 2021 (Especificar cuando sea urgencia manifiesta)
FECHA DE SUSPENSIÓN	NA
FECHA DE REINICIO	NA
ACTA DE ADICION	1
VALOR ADICION:	$200.000.000
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	$2.700.000.000
FECHA DE ADICIÓN:	30 de Julio de 2021
ADICION TIEMPO:	126 días (hasta el 15 de diciembre de 2021)

RDP VF NÚMERO 01-XXX-20XXXXX (Cuando Aplique)
FECHA DD-MM-AAAA
VALOR XX.XXX.XXX

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.

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			Certificado de Representante Legal			
Periodo de Cotización						
Fecha de pago			Certificado de Revisor Fiscal		X	
Valor base de cotización						
Salud			Periodo de Cotización	Julio de 2021		
Pensión						
ARL tipo de riesgo	**N/A**					

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		$384.919.456
2	Glosa(+)(-)		$0
3	Subtotal (1+2)		$384.919.456
4	IVA	0%	$0
5	Impuesto al consumo	0%	$0
6	Valor Total Cuota (3+4+5)		$384.919.456
7	Menos valor Amortización Anticipo= (3x% de anticipo)	0%	$0
8	Valor a Pagar del Acta (6-7)		$384.919.456
Compensación			
9	Tipo de Impuesto		N/A

10	Número de Factura	N/A
11	Valor de la Factura	N/A
Valor Total a Pagar (8-11)		$384.919.456

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
01-110-20210490	08-02-2021	01-111-20210798	10-03-2021	2320201003000000000 22010283641013100 0042020115	01	$5.775.000
01-110-20210490	08-02-2021	01-111-20210798	10-03-2021	2320201000000000000 22010280170313100 0042020115	02	$15.633.750
01-110-20210490	08-02-2021	01-111-20210798	10-03-2021	2320201002000000000 22010282366013100 0042020115	03	$8.180.000
01-110-20210490	08-02-2021	01-111-20210798	10-03-2021	2320201002000000000 22010282316113100 0042020115	05	$31.572.000
01-110-20210490	08-02-2021	01-111-20210798	10-03-2021	2320201002000000000 22010282124213100 0042020115	06	$187.812.456
01-110-20210490	08-02-2021	01-111-20210798	10-03-2021	2320201002000000000 22010282221113100 0042020115	07	$119.259.000
01-110-20210490	08-02-2021	01-111-20210798	10-03-2021	2320201000000000000 22010280170413100 0042020115	09	$4.546.150
01-110-20210490	08-02-2021	01-111-20210798	10-03-2021	2320201000000000000 22010280170113100 0042020115	10	$2.413.000
01-110-20210490	08-02-2021	01-111-20210798	10-03-2021	2320201002000000000 22010282355013100 0042020115	11	$9.728.100

Para constancia firma:

SALOMÉ LONDOÑO ZAPATA
Secretaria de Salud

Registro de Entradas y Salidas de Bienes			
Nombre de Funcionario que Reporta	John Arley Rodas Serna	**Número Documento Entrada**	20210031
		Número Documento de Salida	20210032
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**	**Revisó y aprobó**
Nombre completo: Natalia Grajales Graciano Cargo: Profesional financiera Dependencia: Contratista Fundación Alimentarte	Nombre completo: Claudia Patricia Betancur Ruiz Cargo: Profesional universitaria Dependencia: Secretaría de Salud	Nombre completo: Gloria Fanney Flórez Cardona Cargo: Directora Seguridad Alimentaria y Nutricional Dependencia: Secretaría de Salud