ACTA NUMERO 08
01 de octubre 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		21246705	Certificado de Representante Legal			
Periodo de Cotización		Agosto				
Fecha de pago		30-09-2021	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	2420202008000000 0019030478361113 1000226020646	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 Cargo: Auxiliar Administrativa Dependencia: Secretaría de Salud	Nombre completo: Walter Alonso Bolivar Munera Cargo; Director de Gestión del Conocimiento y Planeación en Salud Dependencia: Secretaría de Salud