ACTA NUMERO 003

22 de octubre de 2021

CONTRATISTA:	FRIGOCARNES S.A.S
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	811.030.871-9
ENTIDAD BANCARIA:	Banco de Bogotá
TIPO DE CUENTA:	Corriente
NÚMERO DE CUENTA:	558418307
CONVENIO DE COFINANCIACION Nº	Cofinanciación nacional para alimentación (PAE jornada única y regular) Resolución 0079 del 03 de noviembre de 2020
ENTIDAD COFINANCIADORA	Ministerio de Educación Nacional
CONTRATO Nº	ENV-13-30-0817-21
FECHA DEL CONTRATO:	08 de Junio de 2021
OBJETO DEL CONTRATO	Suministro y distribución de carnes para beneficiar a los titulares de derecho del programa de alimentación escolar (PAE).
VALOR ANTES DE IVA	$754.744.792
VALOR IVA:	$0
VALOR TOTAL	$754.744.792
FORMA DE PAGO	El municipio de Envigado, pagará al contratista el valor del presente contrato de acuerdo al PAC, (Plan Anual de Caja) en pagos parciales, según los productos efectivamente entregados, previo recibido a entera satisfacción, según certificado y control del supervisor del contrato; el pago que se hará con sujeción al plan anual de caja P.A.C., previa aprobación de la garantía única y sujeto al cumplimiento de los procedimientos presupuestales. Lo anterior, de conformidad con la Circular 000000 del 2021 expedida por la Secretaría de Hacienda y Dirección Financiera y Contable referente a las fecha de cierres contables, vigencia 2021; 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 (salud, pensiones y Riesgos Laborales), previa presentación de su informe de gestión mensual y certificación del recibo a entera satisfacción por parte del supervisor.
PLAZO	185 días. El plazo estimado para la ejecución del objeto contractual será desde la fecha de inicio establecida en el SECOP II y hasta el 15 de diciembre de 2021.
FECHA DE INICIO	10 de Junio de 2021

FECHA DE SUSPENSIÓN	NA
FECHA DE REINICIO	NA
ACTA DE ADICION	NA
VALOR ADICION:	NA
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	$754.744.792
FECHA DE ADICIÓN:	NA
ADICION TIEMPO:	NA
RDP VF NÚMERO	01-XXX-20XXXXX
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 (ley 789 de 2002 Art 50), encontrándose al día en sus pagos, para lo cual 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	Septiembre-octubre de 2021		
Pensión						
ARL tipo de riesgo	**XX**					

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		**$33.927.300**
2	Glosa(+)(-)		
3	Subtotal (1+2)		**$33.927.300**
4	IVA	XX%	
5	Impuesto al consumo	XX%	
6	Valor Total Cuota (3+4+5)		**$33.927.300**
7	Menos valor Amortización Anticipo= (3 x% de anticipo)	XX%	
8	Valor a Pagar del Acta (6-7)		**$33.927.300**
Compensación			
9	Tipo de Impuesto		
10	Número de Factura		
11	Valor de la Factura		
Valor Total a Pagar (8-11)			**$33.927.300**

Beneficiario del pago. (Diligenciar solo si tiene endoso)

ENDOSOS	Beneficiario Pago (1)	Beneficiario Pago (2)
Nombre		
Numero 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.

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
01-110-20210978	14-04-2021	01-11-20211651	09-06-2021	232020100200000000 220102821131136000 054020115	01	$13.954.590
01-110-20210978	14-04-2021	01-11-20211651	09-06-2021	232020100200000000 220102821133136000 054020115	02	$19.972.710

Para constancia firma:

SALOMÉ LONDOÑO ZAPATA
Secretaria de Salud

Registro de Entradas y Salidas de Bienes			
Nombre de Funcionario que Reporta	Andrea Rendón Mesa	**Número Documento Entrada**	203-20210053
		Número Documento de Salida	220-20210050
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 Vanesa Arias Diaz	**Revisó y aprobó**	**Revisó y aprobó**
Nombre: Vanesa arias días Cargo :Profesional Universitaria Dependencia: Secretaría de Salud	Nombre completo: Adriana Maria García Parra Cargo: Profesional universitaria Dependencia: Secretaría de Salud	Nombre completo: Gloria Flórez Cardona Cargo: Directora SAN Dependencia: Secretaría de Salud