ACTA NUMERO 006
19 de octubre de 2021

CONTRATISTA:	**FUNDACÓN EL ÁGORA**
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	900193182-4
ENTIDAD BANCARIA:	**BANCOLOMBIA**
TIPO DE CUENTA:	**Corriente**
NÚMERO DE CUENTA:	**01939128975**
CONTRATO Nº	**ENV-12-09-0667-21**
FECHA DEL CONTRATO:	**11 de marzo de 2021**
OBJETO DEL CONTRATO	Prestación de servicio integral y apoyo psicopedagógico a la población con discapacidad matriculada en el sector educativo oficial del Municipio de Envigado
VALOR ANTES DE IVA	MIL NOVECIENTOS SETENTA Y SIETE MILLONES CUATROCIENTOS VEINTE MIL Y OCHOCIENTOS PESOS M/C ($1.977.420.800) EXCLUIDO DE IVA
VALOR IVA:	N.A.
VALOR TOTAL	MIL NOVECIENTOS SETENTA Y SIETE MILLONES CUATROCIENTOS VEINTE MIL Y OCHOCIENTOS PESOS M/C ($1.977.420.800) EXCLUIDO DE IVA
FORMA DE PAGO	El municipio de Envigado, pagará al contratista el valor de contrato inicial de acuerdo al PAC, (Plan Anual de Caja) en CUATRO (4) cuotas iguales por valor de Cuatrocientos noventa y cuatro millones trecientos cincuenta y cinco mil doscientos pesos M/C ($494.355.200) en los meses de Abril, Junio, Septiembre y 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 JURÍDICA: salud, pensión, riesgos laborales y aportes parafiscales de su personal, emitido por el Representante Legal o Revisor Fiscal), previa presentación de su informe de gestión y certificación del recibo a entera satisfacción por parte del supervisor. 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	El plazo estimado para la ejecución del objeto contractual será de doscientos ochenta y uno (281) días y en todo caso no podrá superar la correspondiente vigencia fiscal.
FECHA DE INICIO	16-03-2021
FECHA DE SUSPENSIÓN	N.A.
FECHA DE REINICIO	N.A.
ACTA DE ADICIÓN	N.A.
VALOR ADICIÓN:	N.A.
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	MIL NOVECIENTOS SETENTA Y SIETE MILLONES CUATROCIENTOS VEINTE MIL Y OCHOCIENTOS PESOS M/C ($1.977.420.800) EXCLUIDO DE IVA
FECHA DE ADICIÓN:	N.A.
ADICIÓN TIEMPO:	N.A.
RDP VF NÚMERO	N.A. (Cuando Aplique)

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 el supervisor,** informe 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	X	
Periodo de Cotización					
Fecha de pago			Certificado de Revisor Fiscal		
Valor base de cotización					
Salud			Periodo de Cotización	Certificado septiembre de 2021	
Pensión					
ARL tipo de riesgo					

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		$ 281.302.700
2	Glosa(+)(-)		(-7.879.064)
3	Subtotal (1+2)		$ 273.423.636
4	IVA	0%	0
5	Impuesto al consumo	0%	0
6	Valor Total Cuota (3+4+5)		$ 273.423.636
7	Menos valor Amortización Anticipo= (3x% de anticipo)	XX%	0
8	Valor a Pagar del Acta (6-7)		$ 273.423.636
Compensación			
9	Tipo de Impuesto		N.A.
10	Número de Factura		N.A.
11	Valor de la Factura		0
Valor Total a Pagar (8-11)			$ 273.423.636

Beneficiario del pago. (Diligenciar solo si tiene endoso)

ENDOSOS	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 a Pagar	0	0

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 ejecutará 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
01-110-20210439	3/02/2021	01-111-20210858	11-03-2021	2320202009000000022010 3392920123000010020015	1	$ 273.423.636

Para constancia firma:

JUAN GABRIEL VÉLEZ MANCO
Secretario de Educación

Registro de Entradas y Salidas de Bienes			
Nombre de Funcionario que Reporta	N.A.	**Número Documento Entrada**	N.A.
		Número Documento de Salida	N.A.
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:	Revisó:	Aprobó:
Mabel Bolaños Duarte **Lenis Zapata Yepes** **Cargo:** Profesionales Universitarios **Dependencia:** Calidad y Cobertura **Fecha:** 25/10/21 **Hora:** 2:43 pm	**Maura Alejandra Alvarez Saldarriaga** **Cargo:** Profesional Universitario **Dependencia:** Administrativa y Financiera Fecha: 25-10-2021. Hora: 3:58 pm.	**Carlos Andres Acosta Pineda.** **Cargo:** Abogado (a) **Dependencia:** Secretaria de Educación **Fecha:** **Hora:**	**Juan Gabriel Vélez Manco** **Cargo:** Secretario de despacho **Dependencia:** Secretaria de Educación **Fecha:** **Hora:**
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 Secretario de Educación del Municipio de Envigado.			