Copia

Alcaldía Municipal de Envigado	ACTA DE PAGO PARCIAL CONTRATO	Código: AR-F-015
		Versión: 09
		Página 1 de 4

COPIA CONTROLADA

ACTA NUMERO 001
13 de mayo de 2022

Alcaldía de Envigado
0026287-0000007-20220517
1100 - 2022/05/17 16:39:25

CONTRATISTA:	**MN IMPRESOS S.A.S.**
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	900477988-3
ENTIDAD BANCARIA:	Bancolombia
TIPO DE CUENTA:	Ahorros
NÚMERO DE CUENTA:	35176526376
CONTRATO Nº	ENV-04-32-0884-22
FECHA DEL CONTRATO:	19 de abril de 2022
OBJETO DEL CONTRATO	Prestación de servicios de impresión de las cartillas de SINTRAMUNE y documentos de la Secretaría de Hacienda
VALOR ANTES DE IVA	2.683.720
VALOR IVA:	509.906,80
VALOR TOTAL	3.193.626,80
FORMA DE PAGO	El Municipio de Envigado realizará el pago al Contratista, de la siguiente forma:

El Municipio de Envigado realizará el pago al Contratista, de la siguiente forma:

El municipio de Envigado, pagará al contratista el valor del presente contrato de acuerdo al PAC, (Plan Anual de Caja) de la siguiente manera: El pago se hará conforme a los tiquetes solicitados y expedidos por el contratista, previo recibido a entera satisfacción, según certificado y control del supervisor del contrato; pago que se hará con sujeción al plan anual de caja P.A.C. Lo anterior, de conformidad con la Circular 0000001 de 2020 expedida por la Secretaría de Hacienda y Dirección Financiera y Contable referente a las fecha de cierres contables, vigencia 2022; 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.

El pago lo hará el Municipio de Envigado, al Contratista, en la caja de la Tesorería Municipal o transferencia electrónica, previa presentación de la cuenta de cobro o factura debidamente legalizada.

Este pago se hará en pagos parciales según servicio efectivamente prestado y recibido a entera satisfacción, según certificado y control del supervisor del contrato; con una *constancia que acredite que se encuentra al día* con el pago de aportes al Sistema de Seguridad Social Integral, ARL, Sena. ICBF y Cajas de Compensación Familiar, cuando corresponda y respecto de cada uno de sus empleados, pago que se hará con sujeción al plan anual de caja P.A.C.

Para cada pago el contratista deberá acreditar estar a paz y salvo por concepto de seguridad social y parafiscal:

PERSONA NATURAL: Salud, Pensión y Riesgos Laborales, cuando aplique.

RECIBIDO
17 MAY 22

PERSONA JURÍDICA: Salud, Pensión y Riesgos Laborales de sus empleados y aportes parafiscales emitido por el Representante Legal o Revisor Fiscal (en caso de ser persona jurídica).
Nota: El Municipio de Envigado contará con un término de cuarenta y cinco (45) días siguientes a la fecha de radicación de la factura, para realizar cada desembolso.
Parágrafo: Como un requisito para la ejecución del contrato, es la inscripción de la cuenta financiera por parte del proponente seleccionado a la cual el Municipio le hará los pagos que se deriven de la contratación.
PLAZO: El plazo estimado para la ejecución del objeto contractual será hasta el mes de noviembre del año 2022, *contados a partir de la constancia de inicio del contrato. Sin* pasar la vigencia fiscal 15 de diciembre de 2022

PLAZO INICIAL	237 días
FECHA DE INICIO	19 de abril de 2022
FECHA DE SUSPENSIÓN	N/A
FECHA DE REINICIO	N/A
ACTA DE ADICION	N/A
VALOR ADICION:	N/A
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	N/A
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 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	X	
Periodo de Cotización						
Fecha de pago				Certificado de Revisor Fiscal		
Valor base de cotización						
Salud				Periodo de Cotización	Mayo 2022	
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		1.972.000
2	Glosa(+)(-)		0
3	Subtotal (1+2)		1.972.000
4	IVA	XX%	374.680
5	Impuesto al consumo	XX%	0
6	Valor Total Cuota (3+4+5)		0
7	Menos valor Amortización Anticipo= (3x% de anticipo)	XX%	0
8	Valor a Pagar del Acta (6-7)		2.346.680
Compensación			0
9	Tipo de Impuesto		0
10	Número de Factura		MN551
11	Valor de la Factura		2.346.680
Valor Total a Pagar (8-11)			2.346.680

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 págar 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
01-110-20220753	11-02-2022	01-111-20221418	20-04-2022	2120202008000000 0000000008912100 043040010000002	1	2.346.680

Para constancia firma:

FIRMA
NOMBRE: Braulio Alonso Espinosa Márquez
Alcalde

FIRMA
NOMBRE: Carolina Ruiz Pineda
VoBo. Jefe Oficina de Talento Humano y Desarrollo Organizacional

FIRMA Diana Jiménez G
NOMBRE: Diana Marcela Jiménez Gallego
Supervisora

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 Diana Jiménez G.	Revisó y aprobó
Nombre completo: Diana Marcela Jiménez Gallego Cargo: Profesional Universitaria Dependencia: Oficina de Talento Humano y Desarrollo Organizacional	Nombre completo: Dora Luz Duque Arango Cargo: Abogada Contratista Dependencia: Oficina de Talento Humano y Desarrollo Organizacional