ACTA NUMERO 001
22 de mayo de 2019

CONTRATISTA:	FUNDACIÓN EL ÁGORA
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	900.193.182-4
ENTIDAD BANCARIA:	**Bancolombia**
TIPO DE CUENTA:	**Cuenta Corriente**
NÚMERO DE CUENTA:	**019-391289-75**
CONTRATO Nº	ENV-13-30-0308-19
FECHA DEL CONTRATO:	13 de febrero de 2019
OBJETO DEL CONTRATO	Fortalecimiento del Programa Ampliado de Inmunizaciones PAI en el Municipio de Envigado, inmerso en la dimensión Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles del Plan Decenal.
VALOR ANTES DE IVA	$ 76.334.457
VALOR IVA:	NA
VALOR TOTAL	$ 76.334.457
FORMA DE PAGO	El pago lo hará el Municipio de Envigado, al Contratista, en la caja de la Tesorería Municipal o transferencia electrónica, se realizará en pagos parciales según servicios efectivamente prestados y recibidos a entera satisfacción por la supervisión del contrato, previa presentación de la cuenta de cobro o factura debidamente legalizada y 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 y tan pronto como el objeto esté totalmente cumplido y recibido a satisfacción por parte de la supervisión del contrato.
PLAZO INICIAL	10 Meses
FECHA DE INICIO	18 de febrero de 2019
FECHA DE SUSPENSIÓN	NA
FECHA DE REINICIO	NA
ACTA DE ADICION	NA
VALOR ADICION:	NA
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	$ 76.334.457
FECHA DE ADICIÓN:	NA
ADICION TIEMPO:	NA
RDP VF NÚMERO	NA
FECHA	NA
VALOR	NA

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		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	mayo 2019		
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		8.133.326
2	Glosa(+)(-)		0
3	Subtotal (1+2)		8.133.326
4	IVA	0%	0
5	Impuesto al consumo	0%	
6	Valor Total Cuota (3+4+5)		8.133.326
7	Menos valor Amortización Anticipo= (3x% de anticipo)	0%	0
8	Valor a Pagar del Acta (6-7)		8.133.326
Compensación			
9	Tipo de Impuesto		0
10	Número de Factura		
11	Valor de la Factura		
Valor Total a Pagar (8-11)			8.133.326

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
01-110-20190189	23-01-2019	01-11-20190645	18-02-2019	2413302022001001 0020106	1	8.133.326

Para constancia firma:

JUAN JOSE URIBE MONTOYA
Secretario 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: Cesar Camilo Mesa Velez Cargo: Director de Salud Publica Dependencia: Secretaria de Salud	Nombre completo: Juan Jose Uribe Montoya Cargo: Director de Salud Publica Dependencia: Secretaria de Salud