| ACTA NUMERO 01 | |
|---|---|
| 14 de abril de 2023 | |
| **1. CONTRATO** | |
| **CONTRATISTA:** | TEACHING LANGUAJE SERVICES S.A.S |
| **NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:** | 900.687.974-1 |
| **ENTIDAD BANCARIA:** | BBVA |
| **TIPO DE CUENTA:** | CUENTA CORRIENTE |
| **NÚMERO DE CUENTA:** | 0560014177 |
| **CONTRATO Nº :** | ENV-12-09-0657-23 |
| **FECHA DEL CONTRATO:** | 08 de febrero de 2023 |
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | Prestación de servicios profesionales para la enseñanza del idioma inglés a las comunidades de las Zonas 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9 y 10 del Municipio de Envigado, financiados a través de la metodología de Priorización Participativa del Presupuesto. |
| **PLAZO:** | El plazo estimado para la ejecución del objeto contractual será de DIEZ (10) meses y en todo caso no podrá superar el 15 de diciembre de la correspondiente vigencia fiscal. |
| **FECHA DE INICIO:** | 15 de Febrero de 2023 (Esp. cuando sea urgencia manifiesta) |
| **VALOR CONTRATO VIGENCIA:** | MIL TRESCIENTOS SETENTA Y SEIS MILLONES VEINTE MIL SEISCIENTOS PESOS M/CTE ($1.376.020.600) |
| **VALOR CONT.VIG. FUTURA:** | N/A |
| **VALOR IVA** | N/A |
| **VALOR TOTAL:** | MIL TRESCIENTOS SETENTA Y SEIS MILLONES VEINTE MIL SEISCIENTOS PESOS M/CTE ($1.376.020.600) |
| **FORMA DE PAGO:** | **El municipio de Envigado, pagará al contratista el valor del presente contrato de acuerdo al PAC, (Plan Anual de Caja) en CINCO (05) cuotas iguales por un valor** |

| | |
|---|---|
| | **de DOSCIENTOS SETENTA Y CINCO MILLONES DOSCIENTOS CUATRO MIL CIENTO VEINTE PESOS ($275.204.120) en los meses de: Abril, Junio, Agosto, Octubre y Diciembre de 2023.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. 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. Nota: 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.** |
| **PERIODO A PAGAR:** | Del 15 de febrero de 2023 al 14 de abril de 2023 |
| **FECHA DE SUSPENSIÓN:** | N/A |
| **FECHA DE REINICIO:** | N/A |
| **ACTA DE ADICION:** | N/A |
| **FECHA DE ACTA ADICIÓN:** | N/A |
| **VALOR ADICION:** | N/A |
| **TIEMPO DE ADICION:** | N/A |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO: (Valor contrato más adición)** | $1.376.020.600 |

## 2. RESPONSABILIDAD

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.

## 3. SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL

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 aplicó la base de liquidación establecida en la ley.

Si el contratista está obligado a presentar planilla o certificación de seguridad social diligencie el cuadro.

| **Persona Natural** | |
|---|---|
| Planilla número | **N/A** |
| Periodo de cotización | **N/A** |

| | |
|---|---|
| Fecha de pago | N/A |
| Valor base de cotización | N/A |
| Valor pagado en salud | N/A |
| Valor pagado en pensión | N/A |
| Valor pagado ARL según tipo de riesgo | N/A |

**Persona Jurídica**

| Tipo de documento | Presentó |
|---|---|
| Certificado de Representante Legal | ☒ |
| Certificado de Revisor Fiscal | ☐ |

**4. ACEPTACIÓN DEL BIEN Y/O SERVICIO PRESTADO**

Asi mismo certifico que se recibió a entera satisfacción los servicios prestados por el contratista en cumplimiento del objeto del contrato.

**5. VALOR A PAGAR**

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1 | Valor Cuota pactada contrato antes de IVA | | $275.204.120 |
| 2 | Glosa(+)(-) | | $ |
| 3 | Subtotal (1+2) | | $275.204.120 |
| 4 | IVA | XX% | $ |
| 5 | Impuesto al consumo | XX% | $ |
| 6 | Valor Total Cuota (3+4+5) | | $275.204.120 |
| 7 | Menos valor Amortización Anticipo= (3x% de anticipo) | XX% | $ |
| 8 | Valor a Pagar del Acta (6-7) | | $275.204.120 |
| **Diligenciar los campos 9 – 10 – 11 solo si hay compensación** | | | |
| 9 | Tipo de Impuesto | | $ |
| 10 | Número de Factura | | $ |
| 11 | Valor de la Factura | | $ |
| **Valor total a pagar al contratista (8-11)** | | | $275.204.120 |

**6. ENDOSO DEL PAGO**

**DILIGENCIAR SOLO SI TIENE ENDOSO**

| | 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 endosado a Pagar** | N/A | N/A |

**Nota:** En la carpeta del contrato reposa el poder y/o el endosó presentado por el contratista.

**7. EJECUCIÓN PRESUPUESTAL**

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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 01-110-20230209 | 5/01/2023 | 01-111-20230738 | 10/02/2023 | 2320202009000000 0022010349291300 123170010020407 | 1 | $ 22.148.340 |
| 01-110-20230209 | 5/01/2023 | 01-111-20230738 | 10/02/2023 | 2320202009000000 0022010349291300 123170010020230 | 2 | $ 53.187.060 |
| 01-110-20230209 | 5/01/2023 | 01-111-20230738 | 10/02/2023 | 2320202009000000 0022010349291300 123170010020735 | 3 | $ 17.886.840 |
| 01-110-20230209 | 5/01/2023 | 01-111-20230738 | 10/02/2023 | 2320202009000000 0022010349291300 123170010020396 | 4 | $ 38.513.400 |
| 01-110-20230209 | 5/01/2023 | 01-111-20230738 | 10/02/2023 | 2320202009000000 0022010349291300 123170010020400 | 5 | $ 51.771.800 |
| 01-110-20230209 | 5/01/2023 | 01-111-20230738 | 10/02/2023 | 2320202009000000 0022010349291300 123170010020234 | 6 | $ 37.175.020 |
| 01-110-20230209 | 5/01/2023 | 01-111-20230738 | 10/02/2023 | 2320202009000000 0022010349291300 123170010020386 | 7 | $ 49.400.300 |
| 01-110-20230209 | 5/01/2023 | 01-111-20230738 | 10/02/2023 | 2320202009000000 0022010349291300 123170010020237 | 8 | $ 5.121.360 |

## 8. RESPONSABLES

Para constancia firma:

| | |
|---|---|
| Firma | especialmente para esta |
| Nombre del Ordenador del Gasto<br>Cargo | **Juan Gabriel Vèlez Maco**<br>**Secretario de Educación** |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Elaboró | especialmente para esta | Nombre completo:<br>Cargo:<br>Dependencia: | Estéban Giraldo Correa<br>Profesional Universitario<br>Dirección de Planeación Educativa |
| Revisó y aprobó | especialmente para esta | Nombre completo:<br>Cargo:<br>Dependencia: | Ana Cristina Moreno Montoya<br>Directora Técnica<br>Dirección de Planeación Educativa |
| Revisó | especialmente para esta | Nombre completo:<br>Cargo:<br>Dependencia: | Paula Andrea Raigoza<br>Profesional Universitaria<br>Dirección Administrativa y financiera |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Revisó | TLS | Nombre completo:<br>Cargo:<br>Dependencia: | Carlos Andrés Acosta<br>Abogado<br>Secretaría de Educación |

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 Ordenador del Gasto.

## 9. NOTAS

| | |
|---|---|
| *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 aplican.* |
| | • *La guía de diligenciamiento se encuentra en G+ AR-G-052* |

## 10. REPORTE BIENES

**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**