COPIA CONTROLADA

ACTA NUMERO 09	
03 de octubre de 2023	
1. CONTRATO	
CONTRATISTA:	SARA CATALINA RAMIREZ AGUDELO
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	C.C 21.527.275
ENTIDAD BANCARIA:	BANCOLOMBIA
TIPO DE CUENTA:	AHORRO
NÚMERO DE CUENTA:	43635288133
CONTRATO N° :	ENV-11-09-0031-23
FECHA DEL CONTRATO:	2 de enero de 2023
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES EN DERECHO PARA APOYAR A LA DIRECCIÓN DE COMPRAS DE LA SECRETARÍA GENERAL DEL MUNICIPIO DE ENVIGADO EN LA GESTIÓN DE PROCESOS CONTRACTUALES Y OTROS PROCESOS PROPIOS DE LA DIRECCIÓN
PLAZO:	317 días
FECHA DE INICIO:	2 de enero de 2023
VALOR CONTRATO VIGENCIA:	$39.633.930
VALOR CONT.VIG. FUTURA:	N/A
VALOR IVA:	N/A
VALOR TOTAL:	$39.633.930
FORMA DE PAGO:	El Municipio de Envigado pagará al contratista el valor del presentecontrato de acuerdo al Plan Anualizado de Caja (PAC) el cual esta soportado en el registro de disponibilidad presupuestal (RDP) del presente contrato Y SE AUTORIZARÁ el pago de acuerdo al informe del supervisor que se presente al ordenador del gasto, donde se detallan las (actividades, obligaciones, tareas, productos,) realizadas, desarrolladas o entregadas durante el periodo a pagar y deacuerdo al plazo establecido en el contrato. En todo caso se pagará deacuerdo a la ejecución. Parágrafo 1: La FACTURA O CUENTA DE COBRO deberá estar acompañada de la certificación que acredite que se encuentra a paz ysalvo por concepto de pago de la Seguridad Social integral (salud, pensiones y Riesgos Laborales). Parágrafo 2: El Municipio de Envigado contará con un término de cuarenta y cinco (45) días hábiles siguientes a la fecha de radicacióndela factura o cuenta de cobro, para realizar cada desembolso.
PERIODO A PAGAR:	03 DE SEPTIEMBRE AL 02 DE OCTUBRE DE 2023
FECHA DE SUSPENSIÓN:	N/A
FECHA DE REINICIO:	N/A
ACTA DE ADICION:	N°1
FECHA DE ACTA ADICIÓN:	29 DE SEPTIEMBRE DE 2023
VALOR ADICION:	$6.312.070 NO RESPONSABLE DE IVA
TIEMPO DE ADICION:	44 días
VALOR TOTAL DEL CONTRATO: (Valor contrato más adición)	$45.946.000 NO RESPONSABLE DE IVA

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, asi 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 conformidadcon 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	**65160017**
Periodo de cotización	**Septiembre-2023**
Fecha de pago	**15/09/2023**
Valor base de cotización	**$1.761.600**
Valor pagado en salud	**$220.200**
Valor pagado en pensión	**$281.900**
Valor pagado ARL según tipo de riesgo	**$9.200**

Persona Jurídica	
Tipo de documento	**Presentó**
Certificado de Representante Legal	☐
Certificado de Revisor Fiscal	☐

4. ACEPTACIÓN DEL BIEN Y/O SERVICIO PRESTADO

Así 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		**$4.403.770**
2	Glosa(+)(-)		**N/A**
3	Subtotal (1+2)		**$4.403.770**
4	IVA	XX%	**N/A**
5	Impuesto al consumo	XX%	**N/A**
6	Valor Total Cuota (3+4+5)		**$4.403.770**
7	Menos valor Amortización Anticipo= (3x% de anticipo)	XX%	**N/A**

8	Valor a Pagar del Acta (6-7)	$4.403.770
Diligenciar los campos 9 – 10 – 11 solo si hay compensación		
9	Tipo de Impuesto	N/A
10	Número de Factura	N/A
11	Valor de la Factura	N/A
Valor total a pagar al contratista (8-11)		N/A

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
01-110-20230023	1/01/2023	01-111-20230019	3/01/2023	21202020080000000000000082120001130400100000002	01	$4.403.770
01-110-20231669	28/09/2023	01-111-20233040	29/09/2023	21202020080000000000000082120001130400100000002	01	$0

8. RESPONSABLES

Para constancia firma:

Firma	espacio para la firma
Nombre del Ordenador del Gasto Cargo	**JEMAY CHACÓN TABARES** **Secretario de Despacho** **Secretaría General**

Elaboró	espacio para la firma	Nombre completo: Cargo: Dependencia:	ANDRÉS FELIPE GÓEZ PAREJA Profesional Universitario Dirección de Compras
Revisó y aprobó	espacio para la firma	Nombre completo: Cargo: Dependencia:	ALEJANDRA VALBUENA URIBE Directora Técnica Secretaría General

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	**N/A**	**Número Documento Entrada**	**N/A**
		Número Documento de Salida	**N/A**
Aplica para contratos de obra y compras			