ACTA NUMERO 03	
11 de junio de 2024	
1. CONTRATO	
CONTRATISTA:	**AR MULTISERVIP SAS**
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	901.202.847-7
ENTIDAD BANCARIA:	456000097406
TIPO DE CUENTA:	Ahorros
NÚMERO DE CUENTA:	**BANCO DAVIVIENDA**
CONTRATO Nº :	**ENV- 04-32-0449-24**
FECHA DEL CONTRATO:	31 de enero de 2024
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestación de servicios de telefonía móvil (voz y datos) para la alcaldía de envigado
PLAZO:	11 meses
FECHA DE INICIO:	9 de febrero de 2024
VALOR CONTRATO VIGENCIA:	$34.491.600
VALOR CONT.VIG. FUTURA:	N/A
VALOR IVA:	$6.553.404
VALOR IMPUESTOS AL CONSUMO:	$1.379.664
VALOR TOTAL:	$42.424.668
FORMA DE PAGO:	El Municipio de Envigado realizará el pago al Contratista, de la siguiente forma: El pago lo hará el Municipio de Envigado al Contratista, en la caja de la Tesorería Municipal o por 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; 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. PERSONA JURIDICA: 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 hábiles 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.

	En todo caso se pagará de acuerdo con la ejecución. Parágrafo 1: La FACTURA O CUENTA DE COBRO deberá estar acompañada de la certificación queacredite que se encuentra a paz y salvo 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 radicación de la factura o cuenta de cobro, para realizar cada desembolso. Lo anterior, de conformidad con la Circular expedida porla Secretaría de Hacienda y Dirección Financiera y Contable referente a las fecha de cierres contables, vigencia 2023; previa presentación de la factura o documento equivalente, 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
PERIODO PARA PAGAR:	Mes de mayo de 2024
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)	$42.424.668

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 soporte 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	
Periodo de cotización	
Fecha de pago	
Valor base de cotización	
Valor pagado en salud	
Valor pagado en pensión	
Valor pagado ARL según tipo de riesgo	

Persona Jurídica

Tipo de documento	Presentó
Certificado de Representante Legal	X
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		**$3.135.600**
2	Glosa(+)(-)		**$0**
3	Subtotal (1+2)		**$3.135.600**
4	IVA	19%	**$595.764**
5	Impuesto al consumo	0%	**$125.424**
6	Valor Total Cuota (3+4+5)		**$3.856.788**
7	Menos descuentos globales	0%	**$0**
8	Valor a Pagar del Acta (6-7)		**$3.856.788**
Diligenciar los campos 9 – 10 – 11 solo si hay compensación			
9	Tipo de Impuesto		**0**
10	Número de Factura		**0**
11	Valor de la Factura		**0**
Valor total a pagar al contratista (8-11)			**$3.856.788**

6. ENDOSO DEL PAGO

DILIGENCIAR SOLO SI TIENE ENDOSO

	Beneficiario Pago (1)	Beneficiario Pago (2)
Nombre		
Número Identificación		
Entidad Bancaria		
Tipo de Cuenta		
Número de Cuenta		
Valor endosado a Pagar		

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	Fech ade certificado	Registro de disponibilid ad presupuest al	Fecha de registro	Rubro Presupuesta l	Sec RDP	Valor a ejecutar
01-110-20240235	10-01-2024	01-111-20240626	09-02-2024	'21202020080000000000000008413100043040010000003	1	1.393.344
01-110-20240235	10-01-2024	01-111-20240626	09-02-2024	'21202020080000000000000008413300043040010000003	2	1.393.344
01-110-20240235	10-01-2024	01-111-20240626	09-02-2024	'23202020080000000019030458413100133310210020646	3	535.050
01-110-20240235	10-01-2024	01-111-20240626	09-02-2024	23202020080000000019030458413300133310210020646	4	535.050

8. RESPONSABLES

Para constancia firma:

Firma	espacio para firma
Nombre del Ordenador del GastoCargo	**RAÚL EDUARDO CARDONA GONZÁLEZ** **Alcalde Municipal**

Elaboró	espacio para firma	Nombre completo: Cargo: Dependencia:	Paula Andrea Sánchez Garcia Profesional Universitario Despacho Alcaldía
Revisó y aprobó	espacio para firma	Nombre completo: Cargo: Dependencia:	Juliana Maria Angel Garcia Profesional Universitario Despacho Alcaldía

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