ACTA NUMERO 001

4 de junio de 2024

1. CONTRATO

CONTRATISTA:	SAMUEL TRUJILLO RODRIGUEZ
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1110504000
ENTIDAD BANCARIA:	Bancolombia
TIPO DE CUENTA:	AHORROS
NÚMERO DE CUENTA:	86990956636
CONTRATO Nº :	ENV-04-09-1050-24
FECHA DEL CONTRATO:	16 de mayo de 2024
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL ACOMPAÑAMIENTO EN TODOS LOS PROCESOS DE CONTRATACION, PRESUPUESTALES Y ADMINISTRATIVOS DE LA TESORERIA DEL MUNICIPIO DE ENVIGADO.
PLAZO:	8 meses
FECHA DE INICIO:	17-MAYO-2024
VALOR CONTRATO VIGENCIA:	$36.740.663
VALOR CONT.VIG. FUTURA:	N/A
VALOR IVA:	N/A
VALOR TOTAL:	$36.740.663
FORMA DE PAGO:	El municipio de Envigado, pagará al contratista el valor del presente contrato de acuerdo al PAC, (Plan Anual de Caja): El Municipio de Envigado pagará al contratista el valor del presente contrato 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 de acuerdo al plazo establecido en el contrato. En todo caso se pagará de acuerdo a la ejecución.Parágrafo 1: La FACTURA O CUENTA DE COBRO deberá estar acompañada de 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).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 desembolsoLo anterior, de conformidad con la Circular expedida por la 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 A PAGAR:	17 de mayo de 2024 al 30 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)	N/A

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	**71064510, 71113225**
Periodo de cotización	**05-2024**
Fecha de pago	**31/05/2024**
Valor base de cotización	**$1.300.000**
Valor pagado en salud	**$162.500**
Valor pagado en pensión	**$208.000**
Valor pagado ARL según tipo de riesgo	**$6.800**

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		**$ 2.286.085**
2	Glosa(+)(-)		**N/A**
3	Subtotal (1+2)		**$ 2.286.085**
4	IVA	XX%	**N/A**
5	Impuesto al consumo	XX%	**N/A**
6	Valor Total Cuota (3+4+5)		**$ 2.286.085**
7	Menos valor Amortización Anticipo= (3x% de anticipo)	XX%	**N/A**
8	Valor a Pagar del Acta (6-7)		**$ 2.286.085**
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)			**$ 2.286.085**

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
01-110-20240400	17/05/2024	01-111-20241894	17/05/2024	2120202008000000 0000000008311500 043040010000002	1	**$ 2.286.085**

8. RESPONSABLES

Para constancia firma:

Firma	espacio para firma
Nombre del Ordenador del Gasto Cargo	**DANIELA PELAEZ GONZALEZ** **TESORERA**

Elaboró	espacio para firma	Nombre completo: Cargo: Dependencia:	DANIELA PELAEZ GONZALEZ Supervisora Tesoreria
Revisó y aprobó	espacio para firma	Nombre completo: Cargo: Dependencia:	SAMUEL TRUJILLO R Contratista Tesoreria
Aprobo	espacio para firma	Nombre completo: Cargo: Dependencia:	NATALIA SUAREZ Asesora CT Tesoreria

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			