COPIA CONTROLADA

Alcaldía de Envigado
0047634-0000007-20240806
1100 - 2024/08/06 08:28:57

## ACTA NÚMERO 02

2 de agosto de 2024

### 1. CONTRATO

| | |
|---|---|
| **CONTRATISTA:** | SOLUCIONES INTEGRALES TM SAS |
| **NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:** | 900374639-5 |
| | |
| **ENTIDAD BANCARIA:** | Banco de Bogotá |
| **TIPO DE CUENTA:** | Corriente |
| **NÚMERO DE CUENTA:** | 232 226 514 |
| | |
| **CONTRATO No:** | ENV-17-30-0737-24 |
| **FECHA DEL CONTRATO:** | 22 de abril de 2024 |
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | Prestación de servicios de asesoría, asistencia y orientación para el fortalecimiento del emprendimiento en la zona 10 del municipio, incluye la estructuración de planes estratégicos de negocios, difusión y promoción, desarrollo de productos, programa de incentivos, formación y evento de comercialización. |
| **PLAZO:** | 6 meses |
| **FECHA DE INICIO:** | 26 de abril de 2024 |
| | |
| **VALOR CONTRATO VIGENCIA:** | $ 101.665.592 |
| **VALOR CONTRATO VIG. FUTURA:** | |
| **VALOR IVA:** | $ 12.072.865 |
| **VALOR TOTAL:** | $ 113.738.457 |
| | |
| **FORMA DE PAGO:** | El municipio de Envigado, pagará al contratista el valor del presente contrato de acuerdo al PAC, (Plan Anual de Caja) mediante pagos parciales según servicios efectivamente prestados y recibidos a entera satisfacción por la supervisión del contrato, según certificado y control del supervisor del contrato, el último pago corresponderá al valor total de los incentivos económicos que no serán gravados con IVA.<br><br>Lo anterior, de conformidad con la Circular 20240000008 del 04 de enero de 2024 expedida por la Secretaría de Hacienda y Dirección Financiera y Contable referente a las fecha de cierres contables, vigencia 2024; 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 (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:** | 26 de mayo al 25 de junio de 2024 |
| | |
| **FECHA DE SUSPENSIÓN:** | N/A |
| **FECHA DE REINICIO:** | N/A |

RECIBIDO

| | |
|---|---|
| **ACTA DE ADICION:** | N/A |
| **FECHA DE ACTA ADICIÓN:** | N/A |
| **VALOR ADICION:** | N/A |
| **PRORROGA:** | N/A |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO: (Valor contrato más adición)** | **$ 113.738.457** |

**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 numero | |
| 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 | ☒ |
| 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 | | | **$ 4,200,560** |
| 2 | Glosa(+)(-) | | | **$0** |
| 3 | Subtotal (1+2) | | | **$ 4,200,560** |
| 4 | IVA | BASE 19% | $4,200,560 | **$798,106** |
| | | BASE 5% | $ | |
| 5 | Impuesto al consumo | | % | |
| 6 | Valor Total Cuota (3+4+5) | | | **$4,998,666** |
| 7 | Menos valor Amortización Anticipo= (3x% de anticipo) | | XX% | $0 |
| 8 | Valor a Pagar del Acta (6-7) | | | **$4,998,666** |
| **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)** | | | | **$4,998,666** |

**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 | Fecha de certificado | Registro de disponibilidad presupuestal | Fecha de registro | Rubro presupuestal | Sec RDP | Valor a ejecutar |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 01-110-20240616 | 07-02-2024 | 01-111-20241588 | 22-04-2024 | 23202020080000000360201783115001731700100207 58 | 3 | **$4,998,666** |

**EJECUCIÓN ACUMULADA DEL CONTRATO POR RUBRO PRESUPUESTAL:**
**(solo se diligencia cuando es pago único y/o final)**

| Registro de Disponibilidad presupuestal | Rubro presupuestal | Valor total registro por cada rubro (A) | Valor ejecutado incluyendo este acta (B) | Valor ajuste (C) (C = A - B) | Autoriza ajuste | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | SI | NO |
| 01-XX-20XXXXX | xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx | $ (A) | $ (B) | $ (B) | ☐ | ☐ |

## 8. RESPONSABLES

Para constancia firma:

| | |
|---|---|
| Firma | |
| Nombre del Ordenador del Gasto<br>Cargo | ANDREA HERNÁNDEZ MAYA<br>Secretaria de Desarrollo Económico (E) |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Elaboró: | | Nombre completo:<br>Cargo:<br>Dependencia: | María José Solano Romero<br>Técnico Operativo<br>Secretaría de Desarrollo Económico |
| Revisó y aprobó: | | Nombre completo:<br>Cargo:<br>Dependencia: | Jorge Mario Restrepo García<br>Profesional Universitario<br>Secretaría de Desarrollo Económico |

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.

| | |
|---|---|
| Nombre Supervisor Contrato | María José Solano Romero |
| Correo electrónico: | maria.solano@envigado.gov.co |

## 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-053* |

## 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**