ACTA NUMERO 8	
20 de agosto de 2024	
1. CONTRATO	
CONTRATISTA:	UNIÓN TEMPORAL DOBLE A
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	901.818.578-5
ENTIDAD BANCARIA:	DAVIVIENDA
TIPO DE CUENTA:	AHORROS
NÚMERO DE CUENTA:	004200243972
CONTRATO Nº:	ENV-11-21-0291-24
FECHA DEL CONTRATO:	05 de abril de 2024
OBJETO DEL CONTRATO:	VIGILANCIA Y SEGURIDAD PRIVADA SIN ARMA Y CON ARMA, PARA LA ATENCIÓN DE ESTE SERVICIO SEGÚN LOS REQUERIMIENTOS DEL MUNICIPIO DE ENVIGADO
PLAZO:	El plazo estimado para la ejecución del objeto contractual es de DOSCIENTOS CINCUENTA Y NUEVE (259) días calendario contados a partir de la fecha del acta de inicio establecida en el portal del SECOP II, sin sobrepasar el 31 de diciembre de la presente vigencia fiscal 2024.
FECHA DE INICIO:	16 de abril de 2024 (Esp. cuando sea urgencia manifiesta)
VALOR CONTRATO VIGENCIA:	**$5.156.404.665**
VALOR CONTRATO VIG. FUTURA:	N/A
VALOR AIU:	$515.640.467
VALOR IVA:	$97.971.689
VALOR TOTAL:	**$5.254.376.354**
FORMA DE PAGO:	El Municipio de Envigado a través de la Tesorería Municipal pagará al contratista el valor del contrato por mensualidades vencidas acorde con el servicio prestado, a través de transferencia electrónica dentro de los cuarenta y cinco (45) días calendario siguiente a la fecha de presentación de la respectiva factura, con los

	respectivos soportes y de conformidad con los servicios efectivamente prestados, previamente solicitados por la Entidad. Parágrafo 1: Los pagos se realizarán previa presentación de las facturas, acompañadas de los informes de actividades, de la certificación de cumplimiento a satisfacción expedida por el supervisor del contrato y la certificación expedida por el Representante Legal o por el Revisor Fiscal, según sea el caso, del pago de sus obligaciones a los sistemas de Salud, Pensión, Riesgos Laborales y aportes a las Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar ICBF y Servicio Nacional de Aprendizaje SENA, o del soporte del pago de los aportes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, Pensión y Riesgos Laborales (Persona Natural). Parágrafo 2: Si las facturas no han sido correctamente elaboradas o no se acompañan de los documentos requeridos para el pago, el término para éste sólo efecto empezará a contarse desde la fecha en que se haya aportado el último de los documentos. Parágrafo 3: 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.
PERIODO A PAGAR:	01 al 31 de julio de 2024
FECHA DE SUSPENSIÓN:	N/
FECHA DE REINICIO:	N/A
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)	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 numero	Haga clic aquí para escribir número de planilla.

Periodo de cotización	MM-AAAA
Fecha de pago	Haga clic aquí para seleccionar una fecha.
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			**$301.539.781**
2	Glosa(+)(-)			**$**
3	Subtotal (1+2)			**$301.539.781**
4	IVA	BASE 19%	$	**$5.729.256**
		BASE 5%	$	
5	Impuesto al consumo		XX%	**N/A**
6	Valor Total Cuota (3+4+5)			**$307.269.037**
7	Menos valor Amortización Anticipo= (3x% de anticipo)		XX%	**N/A**
8	Valor a Pagar del Acta (6-7)			**$307.269.037**
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)				**$307.269.037**

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
01-110-20240091	4/01/2024	01-111-20241448	9/04/2024	21202020080000000000000852500010304001000003	2	2.993.343
01-110-20240091	4/01/2024	01-111-20241448	9/04/2024	21202020080000000000000852500013313001000002	3	192.076
01-110-20240091	4/01/2024	01-111-20241448	9/04/2024	23202020080000000032020428525000153000010020322	4	37.979.348
01-110-20240091	4/01/2024	01-111-20241448	9/04/2024	23202020080000000041020468525000163000010020607	5	38.529.501
01-110-20240091	4/01/2024	01-111-20241448	9/04/2024	23202020080000000041040088525000163000010020103	6	0
01-110-20240091	4/01/2024	01-111-20241448	9/04/2024	21202020080000000000000852500017304001000002	7	8.494.706
01-110-20240091	4/01/2024	01-111-20241448	9/04/2024	23202020080000000045020248525000183000010020692	8	4.591.668
01-110-20240091	4/01/2024	01-111-20241448	9/04/2024	23202020080000000033010858525000193000010020199	9	46.369.936
01-110-20240091	4/01/2024	01-111-20241448	9/04/2024	21202020080000000000000852500011304001000002	10	168.118.459

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	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	$ (A)	$ (B)	$ (C = A – B)	☐	☐

8. RESPONSABLES

Para constancia firma:

Firma	*espacio para firma*
Nombre del Ordenador del Gasto Cargo	**LUIS FELIPE ROSSO RICAUTE** **Secretario De Despacho** **Secretaría General**

Elaboró	LINA-T+G *espacio para firma*	Nombre completo: Cargo: Dependencia:	Lina María García Profesional Universitaria - Dir. Apoyo Logístico Secretaria General
Revisó y aprobó	*espacio para firma*	Nombre completo: Cargo: Dependencia:	Gabriel Jaime Restrepo Hoyos Director Técnico – Dir. Apoyo Logístico Secretaria 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.

Nombre Supervisor Contrato	Gabriel Jaime Restrepo Hoyos
Correo electrónico:	Gabriel.restrepo@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	**N/A**	**Número Documento Entrada**	**N/A**
		Número Documento de Salida	**N/A**

Aplica para contratos de obra y compras