ACTA NUMERO 09	
01 DE OCTUBRE DE 2024	
1. CONTRATO	
CONTRATISTA:	KARINA LONDOÑO PARRA
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	32.242.467
ENTIDAD BANCARIA:	**SCOTIABANK COLPATRIA**
TIPO DE CUENTA:	AHORROS
NÚMERO DE CUENTA:	**1010011708**
CONTRATO Nº :	**ENV-16-09-0294-24**
FECHA DEL CONTRATO:	16 de enero de 2024
OBJETO DEL CONTRATO:	prestación de servicios profesionales para asesorar y brindar orientación a la gestión administrativa de la dirección de envejecimiento y vejez de la secretaría de bienestar social del municipio de envigado
PLAZO:	334 días
FECHA DE INICIO:	17 de enero de 2024 (Esp. cuando sea urgencia manifiesta)
VALOR CONTRATO VIGENCIA:	$60.759.885
VALOR CONTRATO VIG. FUTURA:	$NA
VALOR IVA:	$NA
VALOR TOTAL:	$60.759.885
FORMA DE PAGO:	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
PERIODO A PAGAR:	DEL 01 DE SEPTIEMBRE AL 30 DE SEPTIEMBRE

FECHA DE SUSPENSIÓN:	NA
FECHA DE REINICIO:	NA
ACTA DE ADICION:	NA
FECHA DE ACTA ADICIÓN:	NA
VALOR ADICION:	$
PRORROGA:	NA
VALOR TOTAL DEL CONTRATO: (Valor contrato más adición)	$60.759.885

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	**7937759066**
Periodo de cotización	**09-2024**
Fecha de pago	**9/09/2024**
Valor base de cotización	$**2.216.166**
Valor pagado en salud	**$354.600**
Valor pagado en pensión	**$277.100**
Valor pagado ARL según tipo de riesgo	**$11.600**

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			**$5.540.415**
2	Glosa(+)(-)			**NA**
3	Subtotal (1+2)			**$5.540.415**
4	IVA	BASE 19%	$	**NA**
		BASE 5%	$	
5	Impuesto al consumo		XX%	**NA**
6	Valor Total Cuota (3+4+5)			**$5.540.415**
7	Menos valor Amortización Anticipo= (3x% de anticipo)		XX%	**NA**
8	Valor a Pagar del Acta (6-7)			**$5.540.415**
Diligenciar los campos 9 – 10 – 11 solo si hay compensación				
9	Tipo de Impuesto			**NA**
10	Número de Factura			**NA**
11	Valor de la Factura			**NA**
Valor total a pagar al contratista (8-11)				**$5.540.415**

6. ENDOSO DEL PAGO

DILIGENCIAR SOLO SI TIENE ENDOSO

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

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**
01-110-20240246	10/01/2024	01-111-20240200	17/01/2024	**2320202008000000 0041040088311500 163000011020103**	01	**$5.540.415**

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	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	$ (A)	$ (B)		☐	☐

8. RESPONSABLES

Para constancia firma:

Firma	
Nombre del Ordenador del Gasto Cargo	**ANA MARIA MESA BETANCUR** **Secretaria de Bienestar Social**

Elaboró	*espacio para firma*	Nombre completo: Cargo: Dependencia:	Blanca Deiby Betancur Cardona Directora Envejecimiento y Vejez Secretaría de Bienestar Social
Revisó y aprobó	*espacio para firma*	Nombre completo: Cargo: Dependencia:	Juliana Taborda Cordoba Profesional Universitaria CT Secretaría de Bienestar Social

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	Blanca Deiby Betancur Cardona
Correo electrónico:	Blanca.betancur@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