ACTA NUMERO 004	
23 de septiembre de 2024	
1. CONTRATO	
CONTRATISTA:	**FUNERARIA OCHOA S.A.S**
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	**900.733.701-5**
ENTIDAD BANCARIA:	**BANCOLOMBIA**
TIPO DE CUENTA:	**AHORROS**
NÚMERO DE CUENTA:	**01925201665**
CONTRATO Nº :	**ENV-08-32-0390-24_1**
FECHA DEL CONTRATO:	08 de Abril de 2024
OBJETO DEL CONTRATO:	SERVICIO DE TRASLADO DE FALLECIDOS EN ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN LA JURISDICCIÓN DEL MUNICIPIO DE ENVIGADO.
PLAZO:	271 Días
FECHA DE INICIO:	06 de mayo de 2024
VALOR CONTRATO VIGENCIA:	$10.000.000
VALOR CONTRATO VIG. FUTURA:	$
VALOR IVA:	$
VALOR TOTAL:	$10.000.000
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 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; con una constancia que acredite que se encuentra al día con el pago de aportes al Sistema de Seguridad Social Integral, ARL, Sena, ICBF y Cajas de Compensación Familiar, cuando corresponda y respecto de cada uno de sus empleados, 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 JURÍDICA**: 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 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.
PERIODO A PAGAR:	Del 17 de agosto al 10 de septiembre de 2024
FECHA DE SUSPENSIÓN:	Día de mes de año.
FECHA DE REINICIO:	Día de mes de año.
ACTA DE ADICION:	XX
FECHA DE ACTA ADICIÓN:	Día de mes de año.
VALOR ADICION:	$
PRORROGA:	X meses.
VALOR TOTAL DEL CONTRATO: (Valor contrato más adición)	$

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			**$445.680**
2	Glosa(+)(-)			**$**
3	Subtotal (1+2)			**$445.680**
4	IVA	BASE 19%	**$**	**$**
		BASE 5%	**$**	
5	Impuesto al consumo			**$**
6	Valor Total Cuota (3+4+5)			**$445.680**
7	Menos valor Amortización Anticipo= (3x% de anticipo)			
8	Valor a Pagar del Acta (6-7)			**$445.680**
Diligenciar los campos 9 – 10 – 11 solo si hay compensación				
9	Tipo de Impuesto			**$**
10	Número de Factura			**$**
11	Valor de la Factura			**$**
Valor total a pagar al contratista (8-11)				**$445.680**

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
01-110-20240222	9/01/2024	01-111-20241454	10/04/2024	23202020090000 00002409011973 21000830000100 20637	01	**$445.680**

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	**JUAN FERNANDO VELEZ PALACIO** **Secretario de Movilidad**

Elaboró	espacio para firma	Nombre completo: Cargo: Dependencia:	Andrés Felipe Bolivar Tecnico Operativo Secretaria de Movilidad
Revisó y aprobó	espacio para firma	Nombre completo: Cargo: Dependencia:	Juan David Rodriguez Vásquez Directora Inspección, Vigilancia y Control Secretaria de Movilidad

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	JUAN DAVID RODRIGUEZ VASQUEZ
Correo electrónico:	juan.rodriguez @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