ACTA NUMERO 1	
21 de octubre de 2024	
1. CONTRATO	
CONTRATISTA:	**KELLY JOHANA FUENTES BEDOYA**
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	**1.017.207.189**
ENTIDAD BANCARIA:	Bancolombia
TIPO DE CUENTA:	Ahorros
NÚMERO DE CUENTA:	35136707246
CONTRATO N°:	ENV-19-32-0627-24_1
FECHA DEL CONTRATO:	4 de julio de 2024
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestación de servicios para la impresión de obras literarias, para el fortalecimiento del fondo editorial
PLAZO:	El plazo estimado para la ejecución del objeto contractual será desde la fecha de inicio estimada en SECOP II, hasta agotar la partida presupuestal, sin exceder la vigencia fiscal 2024.
FECHA DE INICIO:	22 de julio de 2024 (Esp. cuando sea urgencia manifiesta)
VALOR CONTRATO VIGENCIA:	$9.483.193
VALOR CONTRATO VIG. FUTURA:	N/A
VALOR IVA:	$1.801.807
VALOR TOTAL:	$11.285.000
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.
PERIODO A PAGAR:	22 de julio al 10 de agosto de 2024
FECHA DE SUSPENSIÓN:	N/A

16

FECHA DE REINICIO:	N/A
ACTA DE ADICION:	N/A
FECHA DE ACTA ADICIÓN:	N/A
VALOR ADICION:	N/A
PRORROGA:	5 días
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	72131367 y 73211483
Periodo de cotización	septiembre/2024
Fecha de pago	9/9/2024 y 11/09/2024
Valor base de cotización	$2.691.200 y $1.850.000
Valor pagado en salud	$336.400 y $231.300
Valor pagado en pensión	$430.600 y $296.000
Valor pagado ARL según tipo de riesgo	$14.100 y $ 9.700

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	$9.483.193

2	Glosa(+)(-)			**N/A**
3	Subtotal (1+2)			$9.483.193
4	IVA	BASE 19%	$	**$1.801.807**
		BASE 5%	$	
5	Impuesto al consumo		XX%	**N/A**
6	Valor Total Cuota (3+4+5)			$11.285.000
7	Menos valor Amortización Anticipo= (3x% de anticipo)		XX%	**N/A**
8	Valor a Pagar del Acta (6-7)			$11.285.000
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)				$11.285.000

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**
01-110-20240560	31/01/2024	01-111-20242309	12/07/2024	2320202008000000003301126 8912197193000 010020200	01	**$ 11.285.000**

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**	**Valor ajuste (C) (C = A - B)**	**Autoriza ajuste**	
					SI	**NO**

			(B)			
01-111-20242309	2320202008000000003 3011268912197193000 010020200	**$11.285.000**	**$11.285.000**	0	☐	☐X

8. RESPONSABLES

Para constancia firma:

Firma	*espacio para firma*
Nombre del Ordenador del Gasto Cargo	**LINA MARÍA VÁSQUEZ ÁNGEL** **SECRETARIA DE CULTURA**

Elaboró	*espacio para firma*	Nombre completo: Cargo: Dependencia:	LUZ MARÍA RAMÍREZ VÉLEZ PROFESIONAL UNIVERSITARIA SECRETARÍA DE CULTURA
Revisó y aprobó	*espacio para firma*	Nombre completo: Cargo: Dependencia:	MÓNICA LUCÍA GRANDA VIVEROS ABOGADO SECRETARÍA DE CULTURA

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	Luz María Ramírez Vélez
Correo electrónico:	luz.ramirezv@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