ACTA NUMERO 02	
10 de octubre de 2024	
1. CONTRATO	
CONTRATISTA:	FUNDACION NACIONAL PARA EL DESARROLLO, EL ARTE Y LA CULTURA
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	NIT. 811.039.999
ENTIDAD BANCARIA:	BANCOLOMBIA
TIPO DE CUENTA:	Cuenta corriente
NÚMERO DE CUENTA:	274-152710-40
CONTRATO Nº :	ENV-16-25-1180-24
FECHA DEL CONTRATO:	09 de julio de 2024
OBJETO DEL CONTRATO:	Aunar esfuerzos humanos, administrativos, técnicos y logísticos para la realización de actividades culturales, artes escénicas, entretenimiento y de formación, enfocada al aprovechamiento del tiempo libre y el ocio productivo para las Personas Mayores del Municipio de Envigado.
PLAZO:	5 meses
FECHA DE INICIO:	12 de julio de 2024
VALOR CONTRATO VIGENCIA:	$ 529.268.439
VALOR CONTRATO VIG. FUTURA:	N/A
VALOR IVA:	N/A
VALOR TOTAL:	$ 529.268.439
FORMA DE PAGO:	EL MUNICIPIO entregará mensual el aporte a la entidad sin ánimo de lucro (ESAL) de acuerdo a la disponibilidad presupuestal, según el PAC, (Plan Anual de Caja), por producto o servicio entregado; una vez se adjunten los respectivos soportes. El municipio de Envigado pagará el valor del presente, 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 o factura 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. Nota: El Municipio de Envigado contará con un término de cuarenta y cinco (45) días hábiles siguientes a la fecha de radicación de la factura, para realizar cada desembolso.
PERIODO A PAGAR:	Del 1 de septiembre al 30 de septiembre de 2024
FECHA DE SUSPENSIÓN:	N/A
FECHA DE REINICIO:	N/A
ACTA DE ADICION:	N/A
FECHA DE ACTA ADICIÓN:	N/A
VALOR ADICION:	$0
PRORROGA:	N/A
VALOR TOTAL DEL CONTRATO: (Valor contrato más adición)	$ 529.268.439

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	**N/A**
Periodo de cotización	**N/A**
Fecha de pago	**N/A**
Valor base de cotización	**$0**
Valor pagado en salud	**$0**
Valor pagado en pensión	**$0**
Valor pagado ARL según tipo de riesgo	**$0**
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			**$103.579.919**
2	Glosa(+)(-)			**N/A**
3	Subtotal (1+2)			**$103.579.919**
4	IVA	BASE 19%	$	**N/A**
		BASE 5%	$	
5	Impuesto al consumo		XX%	**N/A**
6	Valor Total Cuota (3+4+5)			**$103.579.919**
7	Menos valor Amortización Anticipo= (3x% de anticipo)		XX%	**N/A**
8	Valor a Pagar del Acta (6-7)			**$103.579.919**
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)				**$103.579.919**

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

01-110-20241235	6/06/2024	01-111-20242311	12/07/2024	23202020090000 00004104008962 90001630000110 20103	1	$21.861.847
01-110-20241235	6/06/2024	01-111-20242311	12/07/2024	23202020090000 00004104008929 11001630000110 20103	3	$81.718.072

8. RESPONSABLES

Para constancia firma:

Firma	*espacio para firma*
Nombre del Ordenador del Gasto Cargo	**Ana María Mesa Betancur** **Secretaria de Bienestar Social**

Elaboró	*espacio para firma*	Nombre completo: Cargo: Dependencia:	Kely Johana Peña Gomez Técnico Área Salud Secretaria de Bienestar Social
Revisó y aprobó	*espacio para firma*	Nombre completo: Cargo: Dependencia:	Luis Fernando Acevedo Pineda Profesional Universitario- CT Secretaria 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	Kely Johana Peña Gómez
Correo electrónico:	Kely.pena@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