Alcaldía de Envigado
0070026-0000007-20241105
1700 - 2024/11/05 11:21:34

ACTA NUMERO 05

1 de noviembre de 2024

1. CONTRATO

CONTRATISTA:	SOLUCIONES INTEGRALES TM SAS
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	900374639-5
ENTIDAD BANCARIA:	BANCO DE BOGOTÁ
TIPO DE CUENTA:	Cuenta Corriente
NÚMERO DE CUENTA:	232226514
CONTRATO Nº :	ENV-17-30-0736-24
FECHA DEL CONTRATO:	25 de abril de 2024
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestación de servicios de asesoría y orientación para la implementación de acciones que impulsen el desarrollo sostenible del ecoturismo en la zona 11 del municipio de envigado; incluyendo formación, evento de comercialización, orientadores turísticos con la adquisición de su respectiva dotación, difusión y promoción del manual de uso ambiental.
PLAZO:	7 meses
FECHA DE INICIO:	25 de abril de 2024 (Esp. cuando sea urgencia manifiesta)
VALOR CONTRATO VIGENCIA:	$ 131.002.552
VALOR CONTRATO VIG. FUTURA:	NA
VALOR IVA:	$ 24.890.485
VALOR TOTAL:	$ 155.893.037
FORMA DE PAGO:	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 hábiles siguientes a la fecha de radicación de la factura, para realizar cada desembolso.
PERIODO A PAGAR:	Del 25 de agosto al 24 de septiembre de 2024
FECHA DE SUSPENSIÓN:	NA
FECHA DE REINICIO:	NA
ACTA DE ADICION:	NA
FECHA DE ACTA ADICIÓN:	NA
VALOR ADICION:	NA
PRORROGA:	NA
VALOR TOTAL DEL CONTRATO: (Valor contrato más adición)	$ 155.893.037

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	**NA**
Periodo de cotización	**NA**
Fecha de pago	**NA**

Valor base de cotización		NA
Valor pagado en salud		NA
Valor pagado en pensión		NA
Valor pagado ARL según tipo de riesgo		NA
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				**$ 22.897.836,14**
2	Glosa(+)(-)				**$0**
3	Subtotal (1+2)				**$ 22.897.836,14**
4	IVA	BASE 19%		$	**$ 4.350.588,86**
		BASE 5%		$	
5	Impuesto al consumo			XX%	**$0**
6	Valor Total Cuota (3+4+5)				**$ 27.248.425**
7	Menos valor Amortización Anticipo= (3x% de anticipo)			XX%	**$0**
8	Valor a Pagar del Acta (6-7)				**$ 27.248.425**
Diligenciar los campos 9 – 10 – 11 solo si hay compensación					
9	Tipo de Impuesto				**$0**
10	Número de Factura				**$0**
11	Valor de la Factura				**$0**
Valor total a pagar al contratista (8-11)					**$ 27.248.425**

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
01-110-20240635	8/02/2024	01-111-20241627	25/04/2024	23202020080000000003502046831150017317001002075 7	1	$ 11.168.108
01-110-20240635	8/02/2024	01-111-20241627	25/04/2024	23202020090000000003502045929130017317001002075 7	3	$ 6.040.000
01-110-20240635	8/02/2024	01-111-20241627	25/04/2024	23202020080000000003502095855500017317001002075 7	4	$ 10.040.317

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	**Gabriel Jaime Londoño Rendón** **Secretario Desarrollo Económico**

Elaboró	espacio para firma	Nombre completo: Cargo: Dependencia:	Wilson Alexander Paz Noguera Técnico Operativo Desarrollo Económico
Revisó y aprobó	espacio para firma	Nombre completo: Cargo: Dependencia:	Luz Mayori Castrillón Morales Técnica Operativa Desarrollo Económico

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	Wilson Alexander Paz Noguera

Correo electrónico:	wilson.paz@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