ACTA NUMERO 02

1 de noviembre de 2024

1. CONTRATO

CONTRATISTA:	COOPERATIVA DE TRANSPORTES ESPECIALES
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	800146794-9
ENTIDAD BANCARIA:	BANCOLOMBIA
TIPO DE CUENTA:	Cuenta Corriente
NÚMERO DE CUENTA:	097241398-34
CONTRATO Nº :	ENV-17-32-1220-24
FECHA DEL CONTRATO:	23 de julio de 2024
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestación de servicios para promocionar y fortalecer los diferentes atractivos turísticos del municipio de envigado a través de la organización, montaje y ejecución de circuitos o recorridos turísticos en zona urbana y rural.
PLAZO:	5 meses
FECHA DE INICIO:	24 de julio de 2024 (Esp. cuando sea urgencia manifiesta)
VALOR CONTRATO VIGENCIA:	$ 40.000.000
VALOR CONTRATO VIG. FUTURA:	NA
VALOR IVA:	$ 0
VALOR TOTAL:	$ 40.000.000
FORMA DE PAGO:	El municipio de Envigado pagará al contratista el valor del presente contrato de acuerdo al PAC, (Plan Anual de Caja) según los servicios prestados cada mes vencido. Lo anterior, de conformidad con la Circular expedida por la Secretaría de Hacienda y Dirección Financiera y Contable referente a las fecha de cierres contables, vigencia 2024; previa presentación de la factura o documento equivalente, 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) y la presentación de su informe de gestión mensual y certificación del recibo a entera satisfacción por parte del supervisor. Nota: se recomienda que la forma de pago se determine de acuerdo a los entregables del contrato. 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:	Del 24 de agosto al 23 de octubre 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)	$ 40.000.000

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			$ 9.485.000
2	Glosa(+)(-)			$0
3	Subtotal (1+2)			$ 9.485.000
4	IVA	BASE 19%	$	$ 0
		BASE 5%	$	
5	Impuesto al consumo		XX%	$ 0
6	Valor Total Cuota (3+4+5)			$ 9.485.000
7	Menos valor Amortización Anticipo= (3x% de anticipo)		XX%	$0
8	Valor a Pagar del Acta (6-7)			$ 9.485.000
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)				$ 9.485.000

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
01-110-20241239	6/06/2024	01-111-20242389	24/07/2024	23202020080000000003502049855400017300001002059 1	1	$ 9.485.000

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 (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 Mayor 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			