## ACTA NUMERO 06

25 de noviembre de 2024

[redacted]

### 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 Septiembre al 24 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)** | $ 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 | **$ 22.587.410,09** |
| 2 | Glosa(+)(-) | **$0** |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 3 | Subtotal (1+2) | | | **$ 22.587.410,09** |
| 4 | IVA | BASE 19% | $ | **$ 4.291.607,91** |
| | | BASE 5% | $ | |
| 5 | Impuesto al consumo | | XX% | **$0** |
| 6 | Valor Total Cuota (3+4+5) | | | **$ 26.879.018** |
| 7 | Menos valor Amortización Anticipo= (3x% de anticipo) | | XX% | **$0** |
| 8 | Valor a Pagar del Acta (6-7) | | | **$ 26.879.018** |
| **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 | | | **$0** |
| **Valor total a pagar al contratista (8-11)** | | | | **$ 26.879.018** |

**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 | 23202020080000 00003502046831 15001731700100 20757 | 1 | $ 5.885.758 |
| 01-110-20240635 | 8/02/2024 | 01-111-20241627 | 25/04/2024 | 23202020090000 00003502045929 13001731700100 20757 | 3 | $ 10.952.943 |
| 01-110-20240635 | 8/02/2024 | 01-111-20241627 | 25/04/2024 | 23202020080000 00003502095855 50001731700100 20757 | 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**<br>**Secretario Desarrollo Económico** |

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