ACTA NUMERO 01

15 de diciembre de 2024

1. CONTRATO

CONTRATISTA:	EL COMITÉ DE REHABILITACION DE ANTIOQUIA
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	890981590
ENTIDAD BANCARIA:	BANCOLOMBIA
TIPO DE CUENTA:	Ahorros
NÚMERO DE CUENTA:	10175000500
CONTRATO Nº :	ENV-13-32-1500-24-1
FECHA DEL CONTRATO:	19 de noviembre de 2024
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL DESARROLLO DE ACCIONES E IDENTIFICACION DE LA POBLACION CON DISCAPACIDAD DEL MUNICIPIO DE ENVIGADO Y DAR CUMPLIMIENTO A LO REQUERIDO EN LA RESOLUCION NUMERO 00001197 DE 2024
PLAZO:	30 Días
FECHA DE INICIO:	22 de noviembre de 2024 (Esp. cuando sea urgencia manifiesta)
VALOR CONTRATO VIGENCIA:	$ 35.000.000
VALOR CONTRATO VIG. FUTURA:	
VALOR IVA:	
VALOR TOTAL:	$ 35.000.000
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 por 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; 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 JURIDICA: 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. Parágrafo: Como un requisito para la ejecución del contrato, es la inscripción de la cuenta financiera por parte del proponente seleccionado a la cual el Municipio le hará los pagos que se deriven de la contratación.
PERIODO A PAGAR:	Del 22 de noviembre al 15 de diciembre de 2024
FECHA DE SUSPENSIÓN:	Día de mes de año.
FECHA DE REINICIO:	Día de mes de año.
ACTA DE ADICION:	
FECHA DE ACTA ADICIÓN:	Día de mes de año.
VALOR ADICION:	$
PRORROGA:	X días.
VALOR TOTAL DEL CONTRATO: (Valor contrato más adición)	$ 35.000.000

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	Registrar aquí el número de planilla.
Periodo de cotización	Mes año.

Fecha de pago	Haga clic aquí para seleccionar una fecha.
Valor base de cotización	
Valor pagado en salud	
Valor pagado en pensión	
Valor pagado ARL según tipo de riesgo	

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			$ 11.670.312
2	Glosa(+)(-)			$
3	Subtotal (1+2)			$ 11.670.312
4	IVA	BASE 19%	$	$
		BASE 5%	$	
5	Impuesto al consumo		XX%	$
6	Valor Total Cuota (3+4+5)			$ 11.670.312
7	Menos valor Amortización Anticipo= (3x% de anticipo)		XX%	$
8	Valor a Pagar del Acta (6-7)			$ 11.670.312
Diligenciar los campos 9 – 10 – 11 solo si hay compensación				
9	Tipo de Impuesto			
10	Número de Factura			$
11	Valor de la Factura			$
Valor total a pagar al contratista (8-11)				**$ 11.670.312**

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
01-110-20241832	20/09/2024	01-111-20243585	20/11/2024	23202020080000000001905040839900013323021002011 0	01	$ 11.670.312

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
01-111-20243585	23202020080000000001905040839900013323021002011 0	$ 35.000.000	$ 11.670.312	$ 23.329.688	☒	☐

8. RESPONSABLES

Para constancia firma:	
Firma	
Nombre del Ordenador del Gasto Cargo	SALOMÉ LONDOÑO ZAPATA Secretaria de Salud

Elaboró		Nombre completo: Cargo: Dependencia:	Lina Marcela Montoya Mejía Auxiliar Administrativa Secretaría de Salud
Revisó y aprobó		Nombre completo: Cargo: Dependencia:	Alexandra María Marín León Auxiliar Administrativa Secretaría de Salud

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:	Alexandra María Marín León
Correo electrónico:	Alexandra.marin@envigado.gov.co – lina.montoya@envigado.gov.co

9. NOTAS

Notas.	• *La información y firmas de elaboró, Revisó y aprobó son obligatorias.* • *Cualquier modificación al formato de esta acta establecido 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