0992

Alcaldía Municipal de Envigado	ACTA DE PAGO CONTRATO ÚNICA, PARCIAL O FINAL	Código: AR-F-056
		Versión: 01
		Página **1** de **4**

COPIA CONTROLADA

Alcaldía de Envigado
0073202-0000007-20241119
0900 - 2024/11/19 14:20:30

ACTA NUMERO 06

18 de noviembre de 2024

1. CONTRATO

CONTRATISTA:	CONSULTORIAS TECNICAS Y OBRAS CIVILES S.A.S (COTEC INGENIERIA S.A.S)
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	901403825-8
ENTIDAD BANCARIA:	BANCOLOMBIA
TIPO DE CUENTA:	CORRIENTE
NÚMERO DE CUENTA:	23000009245
CONTRATO Nº :	ENV-04-30-0725-24
FECHA DEL CONTRATO:	8 de mayo de 2024
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIO MEDIANTE PERSONAL OPERATIVO DE APOYO EN LA ATENCIÓN, PREVENCIÓN Y MANEJO DE SITUACIONES DE RIESGO Y EMERGENCIA EN EL MUNICIPIO DE ENVIGADO
PLAZO:	8 Meses
FECHA DE INICIO:	14 de mayo de 2024 (Esp. cuando sea urgencia manifiesta)
VALOR CONTRATO VIGENCIA:	$501.254.039
VALOR CONTRATO VIG. FUTURA:	$0
VALOR IVA:	$ $95.238.268
VALOR TOTAL:	$596.492.307
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 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:	1 al 30 de septiembre de 2024
FECHA DE SUSPENSIÓN:	N/A
FECHA DE REINICIO:	N/A
ACTA DE ADICION:	01
FECHA DE ACTA ADICIÓN:	09/07/2024
VALOR ADICION:	$225.000.000
PRORROGA:	N/A
VALOR TOTAL DEL CONTRATO: (Valor contrato más adición)	$821.492.307

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	
Periodo de cotización	
Fecha de pago	
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			**$52..446.730**
2	Glosa(+)(-)			**$**
3	Subtotal (1+2)			**$52..446.730**
4	IVA	BASE 19%	**$52..446.730**	**$9.964.879**
		BASE 5%	$	
5	Impuesto al consumo		XX%	**$**
6	Valor Total Cuota (3+4+5)			**$62.411.609**
7	Menos valor Amortización Anticipo= (3x% de anticipo)		XX%	**$**
8	Valor a Pagar del Acta (6-7)			**$62.411.609**
Diligenciar los campos 9 – 10 – 11 solo si hay compensación				
9	Tipo de Impuesto			
10	Número de Factura			**$**
11	Valor de la Factura			**$**
Valor total a pagar al contratista (8-11)				**$62.411.609**

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 ejecutará 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**
01-110-20240380	16/01/2024	01-111-20241827	10/05/2024	23202020080000000 04503022851200004 3005310020190	1	**$62.411.609**

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	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	$ (A)	$ (B)	$ (C = A – B)	☐	☐

8. RESPONSABLES

Para constancia firma:

Firma	*(espacio para firma)*
Nombre del Ordenador del Gasto Cargo	**LINA MARIA ROJAS GALLEGO** **Jefe Oficina de Gestión de Riesgo**

Elaboró	*(espacio para firma)*	Nombre completo: Cargo: Dependencia:	Faisuly Rendón Bedoya Abogada Contratista Oficina de Gestión de Riesgo
Revisó y aprobó	*(espacio para firma)*	Nombre completo: Cargo: Dependencia:	Julián Alberto Vélez Jaramillo Profesional Universitario (Supervisor) Oficina de Gestión de Riesgo

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	Julián Alberto Vélez Jaramillo
Correo electrónico:	julian.velez@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