ACTA NUMERO 04

1 de agosto de 2024

1. CONTRATO

CONTRATISTA:	CORPORACION CENTRO CITA SALUD MENTAL
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	900081843
ENTIDAD BANCARIA:	BANCOLOMBIA
TIPO DE CUENTA:	Corriente
NÚMERO DE CUENTA:	00927347211
CONTRATO Nº :	ENV-13-25-0567-24
FECHA DEL CONTRATO:	27 de febrero de 2024
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS, TÉCNICOS, ADMINISTRATIVOS Y HUMANOS, PARA DESARROLLAR ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL, PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD MENTAL, PARA LA POBLACIÓN DEL MUNICIPIO DE ENVIGADO
PLAZO:	10 Meses
FECHA DE INICIO:	4 de marzo de 2024 (Esp. cuando sea urgencia manifiesta)
VALOR CONTRATO VIGENCIA:	$ 4.294.892.407
VALOR CONTRATO VIG. FUTURA:	$
VALOR IVA:	$
VALOR TOTAL:	$ 4.294.892.407
FORMA DE PAGO:	**VALOR ESTIMADO DEL CONVENIO Y ENTREGA DE LOS APORTES:** El valor total del convenio asciende a la suma de CUATRO MIL DOSCIENTOS NOVENTA Y CUATRO MILLONES OCHOCIENTOS NOVENTA Y DOS MIL CUATROCIENTOS SIETE PESOS MCTE ($4.294.892.407). El valor total del convenio se obtiene de la sumatoria del aporte que realizará el Municipio de Envigado más el aporte que realizará

asociado, el cual no podrá ser inferior al 30% del valor total del convenio. Valor del aporte del Municipio: El municipio de Envigado cuenta para este convenio con la suma de TRES MIL SEIS MILLONES CIENTO VEINTIOCHO MIL SETECIENTOS NOVENTA Y CUATRO PESOS M/L ($ 3.006.128.794), respaldado en el CDP No 13-2024- 8155 expedido por la Secretaría de Hacienda para la vigencia 2024, representados así:

COMPONENTE	MUNICIPIO DE ENVIGADO	% PARTICIPACIÓN PPTO	CANTIDADES NECESARIAS	% PARTICIPACIÓN CANTIDADES
Prevención del suicidio	369 041 336,00	12,28%	2 356,00	10,81%
Zonas de orientación escolar	1 075 154 360,00	35,77%	10 038,50	46,08%
Centros de escucha	656 734 674,00	21,85%	5 921,00	27,18%
Línea de atención en salud mental	221 682 880,00	7,37%	3 040,00	13,95%
Apoyo a la gestión	524 546 140,50	17,45%	424,25	1,95%
Capacitación al personal	158 969 404,00	5,29%	6,00	0,03%
Total	3.006.128.794,50	100,00%	21.785,75	100,00%

Valor del aporte del Asociado 5 : El asociado realizará un aporte del 30% del valor del convenio por la suma de MIL DOSCIENTOS OCHENTA Y OCHO MILLONES SETECIENTOS SESENTA Y TRES MIL SEISCIENTOS TRECE PESOS M/L ($1.288.763.613) para la vigencia 2024, representados así

COMPONENTE	VALOR UNITARIO / MENSUAL	VALOR TOTAL	% PARTICIPACIÓN COSTOS
Atenciones psicosociales	$7.184.286	600.220.000	46,57%
Estudio poblacional	$2.003.815	231.041.141	17,93%
Aporte recurso humano proyecto	$8.930.009	178.715.097	13,71%
Aporte gastos administrativos proyecto	$8.741.179	280.782.375	21,79%
[illegible]	[illegible]	$ [illegible]	[illegible]

PERIODO A PAGAR:	Del 26 de mayo al 25 de junio 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 meses.
VALOR TOTAL DEL CONTRATO: (Valor contrato más adición)	$ 4.294.892.407

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	Haga clic aquí para escribir número de planilla.
Periodo de cotización	MM-AAAA
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			**$ 277.180.327**
2	Glosa(+)(-)			**$**
3	Subtotal (1+2)			**$ 277.180.327**
4	IVA	BASE 19%	$	**$**
		BASE 5%	$	
5	Impuesto al consumo		XX%	**$**
6	Valor Total Cuota (3+4+5)			**$ 277.180.327**
7	Menos valor Amortización Anticipo= (3x% de anticipo)		XX%	**$**
8	Valor a Pagar del Acta (6-7)			**$ 277.180.327**

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)		**$ 277.180.327**

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
01-110-20240540	29/01/2024	01-111-20241033	28/02/2024	23202020090000 00001905031929 19001334402100 20557	18	$ 14.434.931
01-110-20240540	29/01/2024	01-111-20241033	28/02/2024	23202020090000 00001905031931 99001330802100 20557	19	$ 83.685.120
01-110-20240540	29/01/2024	01-111-20241033	28/02/2024	23202020090000 00001905031931 99001330802100 20557	20	$ 98.181.816
01-110-20240540	29/01/2024	01-111-20241033	28/02/2024	23202020090000 00001905031931 99001330802100 20557	21	$ 33.744.000
01-110-20240540	29/01/2024	01-111-20241033	28/02/2024	23202020090000 00001905031931 99001330802100 20557	22	$ 8.979.841
01-110-20240540	29/01/2024	01-111-20241033	28/02/2024	23202020090000 00001905031931	23	$ 38.023.335

				99001330802100 20610		
01-110-20240540	29/01/2024	01-111-20241033	28/02/2024	23202020080000 00001905031839 90001330802100 20610232020200 90000000019050 31931990013308 0210020557	24	$ 131.284

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	
Nombre del Ordenador del Gasto Cargo	**SALOMÉ LONDOÑO ZAPATA** **Secretaria de Salud**

Elaboró		Nombre completo: Cargo: Dependencia:	Lina Marcela Montoya Mejia Auxiliar Administrativa Secretaría de Salud
Revisó y aprobó		Nombre completo: Cargo: Dependencia:	María del Mar Arroyave Tamayo Dir. Salud Mental y Prevención de Adicciones 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	María del Mar Arroyave Tamayo
Correo electrónico:	Maria.arroyave@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 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			