ACTA NUMERO 01 Y FINAL

23 de octubre de 2024

1. CONTRATO

CONTRATISTA:	NICOLAS BRACK CASTAÑEDA
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	14.319.641-3
ENTIDAD BANCARIA:	BANCO CAJA SOCIAL
TIPO DE CUENTA:	AHORROS
NÚMERO DE CUENTA:	24090803169
CONTRATO Nº :	ENV-11-32-1281-24
FECHA DEL CONTRATO:	15 de agosto de 2024
OBJETO DEL CONTRATO:	Adquisición de banderas para exterior emblemáticas y sus respectivos accesorios para la administración municipal.
PLAZO:	El plazo estimado para la ejecución del objeto contractual será quince (15) días hábiles contados a partir de la fecha de inicio del SECOP II.
FECHA DE INICIO:	01 de septiembre de 2024 (Esp. cuando sea urgencia manifiesta)
VALOR CONTRATO VIGENCIA:	$1.440.000
VALOR CONTRATO VIG. FUTURA:	$0
VALOR IVA:	$0
VALOR TOTAL:	$1.440.000
FORMA DE PAGO:	El municipio de Envigado, pagará al contratista el valor del presente contrato de acuerdo al PAC, (Plan Anual de Caja) de la siguiente manera: una sola cuota una vez se realice la entrega y se valide por parte del supervisor del contrato el cumplimiento del objeto contractual, Lo anterior, de conformidad con la Circular 20240000008 del 04 de enero de 2024 expedida por la Secretaría de Hacienda y Dirección Financiera y Contable referente a las fecha de cierres contables, vigencia 2024; previa presentación de la cuenta debidamente legalizada, 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), previa presentación de su informe de gestión mensual y certificación del recibo a entera satisfacción por parte del supervisor. 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. Nota: se recomienda que la forma de pago se determine de acuerdo a los entregables del contrato
PERIODO A PAGAR:	Del 01 al 14 de septiembre de 2024
FECHA DE SUSPENSIÓN:	N/A
FECHA DE REINICIO:	N/A
ACTA DE ADICION:	N/A
FECHA DE ACTA ADICIÓN:	N/A
VALOR ADICION:	N/A
PRORROGA:	N/A
VALOR TOTAL DEL CONTRATO: (Valor contrato más adición)	N/A

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	**N/A**
Periodo de cotización	**N/A**
Fecha de pago	**N/A**
Valor base de cotización	**N/A**
Valor pagado en salud	**N/A**
Valor pagado en pensión	**N/A**
Valor pagado ARL según tipo de riesgo	**N/A**
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			$1.440.000
2	Glosa(+)(-)			N/A
3	Subtotal (1+2)			$1.440.000
4	IVA	BASE 19%	$	$0
		BASE 5%	$	
5	Impuesto al consumo		XX%	N/A
6	Valor Total Cuota (3+4+5)			$1.440.000
7	Menos valor Amortización Anticipo= (3x% de anticipo)		XX%	N/A
8	Valor a Pagar del Acta (6-7)			$1.440.000
Diligenciar los campos 9 – 10 – 11 solo si hay compensación				
9	Tipo de Impuesto			N/A
10	Número de Factura			N/A
11	Valor de la Factura			N/A
Valor total a pagar al contratista (8-11)				$1.440.000

6. ENDOSO DEL PAGO

DILIGENCIAR SOLO SI TIENE ENDOSO

	Beneficiario Pago (1)	Beneficiario Pago (2)
Nombre	N/A	N/A
Número Identificación	N/A	N/A
Entidad Bancaria	N/A	N/A
Tipo de Cuenta	N/A	N/A
Número de Cuenta	N/A	N/A
Valor endosado a Pagar	N/A	N/A

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
01-110-20241133	06-05-2024	01-111-20242620	22-08-2024	21202010020000000000 00000271900211304001 0000003	1	$ 1.440.000

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
01-111-20242620	21202010020000000000000027 1900211304001000003	$ 1.440.000	$ 1.440.000	$0	☐	☐

8. RESPONSABLES

Para constancia firma:

Firma	*espacio para firma*
Nombre del Ordenador del Gasto Cargo	**LUIS FELIPE ROSSO RICAUTE** **Secretario De Despacho** **Secretaría General**

Elaboró	*espacio para firma*	Nombre completo: Cargo: Dependencia:	Johana Ruiz Arboleda Aux. Administrativa – Dir. Apoyo Logístico Secretaria General
Revisó y aprobó	*Espacio para firma*	Nombre completo: Cargo: Dependencia:	Gabriel Jaime Restrepo Hoyos Director Técnico – Dir. Apoyo Logístico Secretaria General

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	Rodrigo Román Cardona
Correc electrónico:	Rodrigo.roman@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	N/A	Número Documento Entrada	202400136
		Número Documento de Salida	202400136
Aplica para contratos de obra y compras			