ACTA NUMERO 05 Y FINAL	
15 de diciembre de 2024	
1. CONTRATO	
CONTRATISTA:	TEACHING LANGUAGE SERVICES S.A.S
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	900.687.974-1
ENTIDAD BANCARIA:	BBVA COLOMBIA
TIPO DE CUENTA:	CORRIENTE
NÚMERO DE CUENTA:	0560014177
CONTRATO Nº :	ENV-12-09-0920-24
FECHA DEL CONTRATO:	19 de abril de 2024
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestación de servicios profesionales para orientar y asesorar a los estudiantes de las instituciones educativas oficiales del municipio de envigado en el dominio de una segunda lengua: inglés, en la aplicación de pruebas según los niveles del marco común europeo y como apoyo a la implementación de la jornada única.
PLAZO:	El plazo estimado para la ejecución del objeto contractual será de SIETE (7) meses y 23 días, en todo caso no podrá superar el 15 de diciembre de la correspondiente vigencia fiscal.
FECHA DE INICIO:	19 de abril de 2022 (Esp. cuando sea urgencia manifiesta)
VALOR CONTRATO VIGENCIA:	$375.785.907
VALOR CONTRATO VIG. FUTURA:	N/A
VALOR IVA:	N/A
VALOR TOTAL:	$375.785.907

FORMA DE PAGO:	**El municipio de Envigado, pagará al contratista el valor del presente contrato de acuerdo Plan Anual de Caja (PAC) en CINCO (5) así: DOS (2) por CUARENTA MILLONES DE PESOS ($40.000.000) para el mes de mayo y diciembre ,DOS (02) por NOVENTA Y OCHO MILLONES QUINIENTOS NOVENTA Y CINCO MIL TRECIENTOS DOS PESOS ($98.595.302) julio y septiembre, UNA (01) por NOVENTA Y OCHO MILLONES QUINIENTOS NOVENTA Y CINCO MIL TRECIENTOS TRES PESOS ($98.595.303) noviembre de 2024. 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 factura o documento equivalente, 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**
PERIODO A PAGAR:	19 de noviembre al 15 de diciembre 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)	$375.785.907

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			**$40.000.000**
2	Glosa(+)(-)			**N/A**
3	Subtotal (1+2)			**40.000.000**
4	IVA	BASE 19%	$	**N/A**
		BASE 5%	$	
5	Impuesto al consumo		XX%	**N/A**
6	Valor Total Cuota (3+4+5)			**$40.000.000**
7	Menos valor Amortización Anticipo= (3x% de anticipo)		XX%	**N/A**
8	Valor a Pagar del Acta (6-7)			**$40.000.000**
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)				**$40.000.000**

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
01-110-20241004	12/04/2024	01-111-20241575	19/04/2024	23202020090000000002201033929130012300001002003 1	01	**$40.000.000**

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
01-111-20241575	232020200900000000220103392913001230000100 20031	$ 375.785.907	$375.785.907	**$0**	☐	☒

8. RESPONSABLES

Para constancia firma:

Firma	espacio para firma
Nombre del Ordenador del Gasto Cargo	**JAZMÍN ANDREA GONZÁLEZ ARIAS** **Secretaria de Educación**

Elaboró	espacio para firma	Nombre completo: Cargo: Dependencia:	ERIKA NATALIA CASTAÑO MARULANDA PROFESIONAL UNIVERSITARIA SECRETARIA DE EDUCACIÓN
Revisó y aprobó	espacio para firma	Nombre completo: Cargo: Dependencia:	ERIKA ANDREA LEGARDA CICERO DIRECTORA SECRETARIA DE EDUCACIÓN
Revisó y aprobó	espacio para firma	Nombre completo: Cargo: Dependencia:	CHISTIAN FELIPE MOROS MUÑOZ ASESOR SECRETARIA DE EDUCACIÓN

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	Erika Natalia Castaño Marulanda

Correo electrónico:	Erika.castano@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**	
		Número Documento de Salida	

Aplica para contratos de obra y compras