ACTA NUMERO 03	
01 de abril de 2025	
1. CONTRATO	
CONTRATISTA:	Lizette Conrado Diaz
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	C.C. 43.868.444
ENTIDAD BANCARIA:	Bancolombia
TIPO DE CUENTA:	Ahorros
NÚMERO DE CUENTA:	01966508651
CONTRATO Nº :	ENV-16-09-0264-25
FECHA DEL CONTRATO:	14 de enero de 2025
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestación de servicios profesionales en Psicología dirigido a las personas mayores adscritas a la Dirección de Envejecimiento y Vejez de la Secretaría de Bienestar Social del Municipio de Envigado
PLAZO:	334 días
FECHA DE INICIO:	15 de enero de 2025
VALOR CONTRATO VIGENCIA:	$58.197.205
VALOR CONTRATO VIG. FUTURA:	N/A
VALOR IVA:	N/A
VALOR TOTAL:	$58.197.205
FORMA DE PAGO:	El Municipio de Envigado pagará al contratista el valor del presente contrato de acuerdo al Plan Anualizado de Caja (PAC) el cual esta soportado en el registro de disponibilidad presupuestal (RDP) del presente contrato Y SE AUTORIZARÁ el pago de acuerdo al informe del supervisor que se presente al ordenador del gasto, donde se detallan las (actividades, obligaciones, tareas, productos.) realizadas, desarrolladas o entregadas durante el periodo a pagar y de acuerdo al plazo establecido en el contrato. En todo caso se pagará de acuerdo a la ejecución. **Parágrafo 1:** La FACTURA O CUENTA DE COBRO deberá estar acompañada de 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). **Parágrafo 2:** El Municipio de Envigado contará con un término de cuarenta y cinco (45) días hábiles siguientes a la fecha de radicación de la factura o cuenta de cobro, para realizar cada desembolso
PERIODO A PAGAR:	01 de marzo de 2025 al 31 de marzo de 2025

FECHA DE SUSPENSIÓN:	N/A
FECHA DE REINICIO:	N/A
ACTA DE ADICION:	N/A
FECHA DE ACTA ADICIÓN:	N/A
VALOR ADICION:	$0
TIEMPO DE ADICION:	N/A
VALOR TOTAL DEL CONTRATO: (Valor contrato más adición)	$58.197.205

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 número	**76953558**
Periodo de cotización	03-2025
Fecha de pago	**25 de marzo de 2025**
Valor base de cotización	**$ 2.116.262**
Valor pagado en salud	**$ 264.600**
Valor pagado en pensión	**$ 338.700**
Valor pagado ARL según tipo de riesgo	$ 11.100
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				$ 5.290.655
2	Glosa(+)(-)				$0
3	Subtotal (1+2)				$ 5.290.655
	Concepto de Impuesto	**% Impuesto**	**Base**	**Valor Impuesto**	**Totales Impuestos**
4	IVA	19%	$	$	**$**
		5%	$	$	
5	Impuesto al consumo	XX%	$	$	**$**
6	**Total Impuestos (4+5)**				**$**
7	**Valor Total Cuota (3+6)**				$ 5.290.655
8	Menos valor Amortización Anticipo= (3x% de anticipo)			XX%	**$**
9	**Valor a Pagar del Acta (7-8)**				$5.290.655
Diligenciar los campos 9, 10 y 11 solo si hay compensación					
10	Tipo de Impuesto				**$**
11	Número de Factura				**$**
12	Valor de la Factura				$
Valor total a pagar al contratista (9-12)					$ 5.290.655

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
01-110-20250329	9/01/2025	01-111-20250343	14/01/2025	23202020090000000004104008934910016300001102010 3	01	$5.290.655

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**
N/A	N/A	$ (A)	$ (B)	$ (C = A – B)	☐	☐

8. RESPONSABLES

Para constancia firma:	
Firma	*espacio para firma*
Nombre del Ordenador del Gasto Cargo	**ANA MARIA MESA BETANCUR** **Secretaria de Bienestar Social**

Elaboró	*espacio para firma*	Nombre completo: Cargo: Dependencia:	Diana Marcela Molina Galeano Profesional Universitario Secretaría de Bienestar Social
Revisó y aprobó	*espacio para firma*	Nombre completo: Cargo: Dependencia:	Isaac Alarcón Rendón Técnico -CT Secretaría de Bienestar Social

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	Diana Marcela Molina Galeano
Correo electrónico:	diana.molina@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-052*

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			