ACTA NUMERO 02

23 de abril de 2025

1. CONTRATO

CONTRATISTA:	Nelson Darío Molina Gómez
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	71670143
ENTIDAD BANCARIA:	Bancolombia
TIPO DE CUENTA:	Ahorros
NÚMERO DE CUENTA:	N° 61324938566
CONTRATO.Nº :	ENV-15-09-0461-25
FECHA DEL CONTRATO:	11 de febrero de 2025
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestación de servicios profesionales para la implementación de actividades educativas concernientes a la gestión agroambiental en las instituciones educativas
PLAZO:	307 días
FECHA DE INICIO:	14 de FEBRERO de 2025
VALOR CONTRATO VIGENCIA:	$53.788.326
VALOR CONTRATO VIG. FUTURA:	$
VALOR IVA:	$
VALOR TOTAL:	$53.788.326
FORMA DE PAGO:7	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:	Desde el 14 de marzo al 13 de abril de 2025
FECHA DE SUSPENSIÓN:	Día de mes de año. N/A
FECHA DE REINICIO:	Día de mes de año. N/A
ACTA DE ADICION:	N/A
FECHA DE ACTA ADICIÓN:	N/A
VALOR ADICION:	N/A
TIEMPO DE ADICION:	N/A
VALOR TOTAL DEL CONTRATO: (Valor contrato más adición)	$0

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	**7963425461**
Periodo de cotización	**03/2025**
Fecha de pago	**7/04/2025**
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	**$51.600**
Persona Jurídica	

Planilla número	**7963425461**
Periodo de cotización	**03/2025**
Fecha de pago	**7/04/2025**
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	**$51.600**
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				**$5.290.655**
2	Glosa(+)(-)				**$**
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		
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
01-110-20250767	14/02/2025	01-111-20250989	14/02/2025	2320202009000000 0032040439291900 153000010020313	1	$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
01-XX-20XXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXX	$ (A)	$ (B)	$ (C = A – B)	☐	☐

8. RESPONSABLES

Para constancia firma:

Firma	Beatriz Elena Lema Fernandez
Nombre del Ordenador del Gasto Cargo	**BEATRIZ ELENA LEMA FERNANDEZ** **Secretaria de Medio Ambiente y Desarrollo Rural Agropecuario**

Elaboró	espacio para firma	Nombre completo: Cargo: Dependencia:	Gloria Inés Uribe Gómez Líder de programa Gestión Ambiental
Revisó y aprobó	espacio para firma	Nombre completo: Cargo: Dependencia:	Beatriz Elena Lema Fernández Secretaria de Despacho SMADAI

Los aquí firmantes manifestamos que hemos leído y revisado toda la información que obra en el documento, la

Nombre de Funcionario que Reporta	N/A	Número Documento Entrada	
		Número Documento de Salida	
Aplica para contratos de obra y compras .			