## ACTA NUMERO 03

9 DE JUNIO DE 2025

### 1. CONTRATO

| | |
|---|---|
| **CONTRATISTA:** | JUNTA MÉDICO LABORAL I.P.S. S.A.S. |
| **NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:** | 901167990-2 |
| **ENTIDAD BANCARIA:** | BANCOLOMBIA |
| **TIPO DE CUENTA:** | AHORROS |
| **NÚMERO DE CUENTA:** | 436-914958-18 |
| **CONTRATO Nº :** | ENV-13-32-0248-25-1 |
| **FECHA DEL CONTRATO:** | 26 DE FEBRERO DE 2025 |
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES PARA REALIZAR EL REGISTRO DE LOCALIZACIÓN, CARACTERIZACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD CON EL FIN QUE LAS PERSONAS INICIEN PROCESOS LEGALES Y DE REHABILITACIÓN |
| **PLAZO:** | 298 DÍAS |
| **FECHA DE INICIO:** | 10 de marzo de 2025 |
| **VALOR CONTRATO VIGENCIA:** | $ 50.000.000 |
| **VALOR CONTRATO VIG. FUTURA:** | $ |
| **VALOR IVA:** | $ |
| **VALOR TOTAL:** | $ 50.000.000 |
| **FORMA DE PAGO:** | EL MUNICIPIO DE ENVIGADO REALIZARÁ EL PAGO AL CONTRATISTA, DE LA SIGUIENTE FORMA:<br>EL PAGO LO HARÁ EL MUNICIPIO DE ENVIGADO AL CONTRATISTA, EN LA CAJA DE LA TESORERÍA MUNICIPAL O POR TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA, PREVIA PRESENTACIÓN DE LA CUENTA DE COBRO O FACTURA DEBIDAMENTE LEGALIZADA. ESTE PAGO **SE HARÁ EN PAGOS PARCIALES SEGÚN SERVICIO EFECTIVAMENTE PRESTADO** Y RECIBIDO A ENTERA SATISFACCIÓN, SEGÚN |

| | |
|---|---|
| | CERTIFICADO Y CONTROL DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO; PAGO QUE SE HARÁ CON SUJECIÓN AL PLAN ANUAL DE CAJA P.A.C.<br>PARA CADA PAGO EL CONTRATISTA DEBERÁ ACREDITAR ESTAR A PAZ Y SALVO POR CONCEPTO DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCAL:<br>PERSONA NATURAL: SALUD, PENSIÓN Y RIESGOS LABORALES, CUANDO APLIQUE.<br>PERSONA JURIDICA: 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)<br>**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.<br>**PARÁGRAFO:** COMO UN REQUISITO PARA LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO, ES LA INSCRIPCIÓN DE LA CUENTA FINANCIERA POR PARTE DEL PROPONENTE SELECCIONADO A LA CUAL EL MUNICIPIO LE HARÁ LOS PAGOS QUE SE DERIVEN DE LA CONTRATACIÓN. |
| **PERIODO A PAGAR:** | DEL 01 AL 31 DE MAYO DE 2025 |
| | |
| **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:** | $ |
| **TIEMPO DE ADICION:** | X meses. |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO: (Valor contrato más adición)** | $ 50.000.000 |

## 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 | 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 | | | | $ 3.782.757 |
| 2 | Glosa(+)(-) | | | | $ |
| 3 | Subtotal (1+2) | | | | $ 3.782.757 |
| | **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)** | | | | $ 3.782.757 |
| 8 | Menos valor Amortización Anticipo= (3x% de anticipo) | | XX% | | $ |
| **9** | **Valor a Pagar del Acta (7-8)** | | | | $ 3.782.757 |
| **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)** | | | | | **$ 3.782.757** |

**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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 01-110-20250613 | 21/01/2025 | 01-111-20251147 | 26/02/2025 | 23202020090000 00001905040911 22001334002100 20110 | 01 | $ 3.782.757 |

**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 | XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX | $ (A) | $ (B) | $ (C = A – B) | ☐ | ☐ |

## 8. RESPONSABLES

Para constancia firma:

| | |
|---|---|
| Firma | espacio para firma |
| Nombre del Ordenador del Gasto<br>Cargo | **SALOMÉ LONDOÑO ZAPATA**<br>**SECRETARIA DE SALUD** |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Elaboró** | espacio para firma | Nombre completo:<br>Cargo:<br>Dependencia: | LINA MARCELA MONTOYA MEJIA<br>AUXILIAR ADMINISTRATIVA<br>SECRETARIA DE SALUD |
| **Revisó y aprobó** | espacio para firma | Nombre completo:<br>Cargo:<br>Dependencia: | ALEXANDRA MARÍA MARÍN LEÓN<br>AUXILIAR ADMINISTRATIVA<br>SECRETARIA 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 | ALEXANDRA MARÍA MARÍN LEÓN |
| Correo electrónico: | Alexandra.marin@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-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**