ACTA NUMERO 01	
20 de junio de 2025	
1. CONTRATO	
CONTRATISTA:	CENTRO DE FORMACIÓN INTEGRAL PARA EL TRABAJO
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	811.031.876
ENTIDAD BANCARIA:	Banco de Bogotá
TIPO DE CUENTA:	Ahorros
NÚMERO DE CUENTA:	294438452
CONTRATO Nº :	ENV-16-09-1184-25
FECHA DEL CONTRATO:	12 de mayo de 2025
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestación de servicios para la ejecución de estrategias artísticas y culturales para la recordación, visibilización, sensibilización y dignificación de los derechos de la población LGTBIQ+, Habitante de Calle, Victimas del Conflicto armado, etnias, personas con discapacidad y familias del municipio de Envigado.
PLAZO:	217 días
FECHA DE INICIO:	13 de mayo de 2025
VALOR CONTRATO VIGENCIA:	$ 275.235.702
VALOR CONTRATO VIG. FUTURA:	$
VALOR IVA:	$
VALOR TOTAL:	$ 275.235.702
FORMA DE PAGO:	El pago lo hará el Municipio de Envigado, al Contratista, en la caja de la Tesorería Municipal o transferencia electrónica, previa presentación de la cuenta de cobro o factura debidamente legalizada, y el respectivo informe de gestión con los Soportes que evidencian la ejecución de cada una de las actividades que se estén cobrando. Este pago se hará en pagos parciales según servicio efectivamente prestado y recibido a entera satisfacción, según certificado y control del Supervisor del contrato; con una constancia que acredite que se encuentra al día con el pago de aportes al Sistema de Seguridad Social Integral, ARL, Sena, ICBF y Cajas de Compensación Familiar, cuando corresponda y respecto de cada uno de sus empleados, pago que se hará con sujeción al plan anual de caja P.A.C. 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'

	Lo anterior, de conformidad con la Circular 2025000003 del 09 de enero de 2025 expedida por la Secretaría de Hacienda y Dirección Financiera y Contable referente a las fecha de cierres contables, vigencia 2025; previa presentación de la cuenta y/o factura debidamente legalizada Parágrafo 1.: La FACTURA O CUENTA DE COBRO expedida deberá llenar los requisitos legales (artículo 617) del Estatuto Tributario y deberá estar acompañada de la certificación que se encuentra a paz y Salvo por concepto de pago de la Seguridad Social integral (salud, pensiones y riesgos laborales) así como parafiscales, cuando corresponda; Informe de actividades del objeto contractual con corte cada 30 días, debidamente aprobada por el supervisor del contrato, así como el certificado de recibo a entera satisfacción por parte del supervisor. Parágrafo 2.: El pago se realizará a través de transferencia electrónica a la cuenta reportada por el contratista. El municipio podrá retener cualquier monto que deba pagar el contratista por la prestación de los servicios cuando haya incumplido alguna de las obligaciones, y se liberarán los saldos retenidos cuando el contratista subsane el Incumplimiento y satisfaga las reclamaciones o requerimientos presentados. De los pagos se descontarán los impuestos respectivos que apliquen según el régimen tributario del contratista, cuya verificación se hará por parte de la Secretaría de Hacienda. Parágrafo 3.: 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:	Del 12 de mayo al 31 de mayo 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)	**$275.235.702**

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	
Periodo de cotización	
Fecha de pago	
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				$83.974.277
2	Glosa(+)(-)				N/A
3	Subtotal (1+2)				$83.974.277
	Concepto de Impuesto	**% Impuesto**	**Base**	**Valor Impuesto**	**Totales Impuestos**
4	IVA	19%	$	$	N/A
		5%	$	$	
5	Impuesto al consumo	XX%	$	$	N/A
6	**Total Impuestos (4+5)**				**N/A**
7	**Valor Total Cuota (3+6)**				**$83.974.277**
8	Menos valor Amortización Anticipo= (3x% de anticipo)			XX%	N/A
9	**Valor a Pagar del Acta (7-8)**				**$83.974.277**
Diligenciar los campos 9, 10 y 11 solo si hay compensación					
10	Tipo de Impuesto				**N/A**
11	Número de Factura				**N/A**

12	Valor de la Factura	N/A
Valor total a pagar al contratista (9-12)		**$83.974.277**

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
01-110-20251242	6/05/2025	01-111-20251634	13/05/2025	23202020090000 00004103052962 90001630000100 20125	1	$8.773.023
01-110-20251242	6/05/2025	01-111-20251634	13/05/2025	23202020090000 00004103052962 90001630000100 20141	2	$47.382.386
01-110-20251242	6/05/2025	01-111-20251634	13/05/2025	23202020090000 00004104027962 90001630000100 20140	3	$9.272.956
01-110-20251242	6/05/2025	01-111-20251634	13/05/2025	23202020090000 00004101038962 90001630000100 20560	4	$0
01-110-20251242	6/05/2025	01-111-20251634	13/05/2025	23202020090000 00004104020962 90001630000100 20594	5	$9.272.956
01-110-20251242	6/05/2025	01-111-20251634	13/05/2025	23202020090000 00004103052962 90001630000100 20290	6	$9.272.956

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 María Mesa Betancur** **Secretaria de Bienestar Social**

Elaboró	*espacio para firma*	Nombre completo: Cargo: Dependencia:	Claudia María Restrepo Giraldo Profesional universitario Secretaria de bienestar social
Revisó y aprobó	*espacio para firma*	Nombre completo: Cargo: Dependencia:	Daniel Alejandro Posada Gómez Profesional Asesor - CT Secretaria 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	CLAUDIA MARIA RESTREPO GIRALDO
Correo electrónico:	Claudia.restrepog@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