ACTA NUMERO 03	
9 DE JUNIO DE 2025	
1. CONTRATO	
CONTRATISTA:	CENTRO DE FORMACION INTEGRAL PARA EL TRABAJO (CEFIT)
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	811031876
ENTIDAD BANCARIA:	BANCO DE BOGOTÁ
TIPO DE CUENTA:	AHORROS
NÚMERO DE CUENTA:	294438452
CONTRATO Nº :	ENV-13-09-0329-25
FECHA DEL CONTRATO:	21 DE ENERO DE 2025
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA DESARROLLAR ACCIONES DE EDUCACIÓN, CAPACITACIÓN, SENSIBILIZACIÓN, ASESORÍA, ASISTENCIA TÉCNICA, INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL, ORIENTADAS AL FOMENTO DE LA PROMOCIÓN DE HÁBITOS ALIMENTARIOS SALUDABLES Y DE LA NORMATIVIDAD SANITARIA, IMPLEMENTACIÓN DE TIENDAS ESCOLARES SALUDABLES, PROCESOS TÉCNICOS PARA LA COMUNIDAD EN GENERAL Y LOS DIFERENTES ACTORES SUJETOS DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL COMO LAS EAPB DE LOS REGÍMENES SUBSIDIADO Y CONTRIBUTIVO EN EL COMPONENTE DE ASEGURAMIENTO SALUD EN EL MUNICIPIO DE ENVIGADO
PLAZO:	11 MESES
FECHA DE INICIO:	21 DE ENERO DE 2025
VALOR CONTRATO VIGENCIA:	$ 848.795.234
VALOR CONTRATO VIG. FUTURA:	$
VALOR IVA:	$
VALOR TOTAL:	$ 848.795.234
FORMA DE PAGO:	EL MUNICIPIO DE ENVIGADO, PAGARÁ AL CONTRATISTA EL VALOR DEL PRESENTE CONTRATO EN CUOTAS MENSUALES/PARCIALES Y/O PROPORCIONAL AL SERVICIO

	EFECTIVAMENTE PRESTADO/POR PRODUCTO O SERVICIO ENTREGADO DE ACUERDO AL PAC, (PLAN ANUAL DE CAJA) DE LA SIGUIENTE MANERA: LA PROPUESTA ESTÁ ESTRUCTURADA PARA LA REALIZACIÓN DE LOS PAGOS ENTRE LOS MESES DE FEBRERO A DICIEMBRE DE 2025, SEGÚN PRODUCTO O SERVICIO ENTREGADO Y RECIBIDO A SATISFACCIÓN POR PARTE DEL SUPERVISOR Y DE ACUERDO CON EL PLAN ANUALIZADO DE CAJA DEL MUNICIPIO DE ENVIGADO, PREVIA PRESENTACIÓN DE LA FACTURA CON SUS DEBIDOS SOPORTES. LO ANTERIOR, DE CONFORMIDAD CON LA CIRCULAR 2025000003 DEL 9 DE ENERO DE 2025 EXPEDIDA POR LA SECRETARÍA DE HACIENDA Y DIRECCIÓN FINANCIERA Y CONTABLE REFERENTE A LA 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 01 AL 30 DE ABRIL 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)	$ 848.795.234
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				$ 72.633.984
2	Glosa(+)(-)				**$**
3	Subtotal (1+2)				$ 72.633.984
	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)**				$ 72.633.984

8	Menos valor Amortización Anticipo= (3x% de anticipo)	XX%	$
9	**Valor a Pagar del Acta (7-8)**		$ 72.633.984
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)			**$ 72.633.984**

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
01-110-20250384	13/01/2025	01-111-20250519	21/01/2025	23202020080000000001905051831170013329021002064 6	01	$ 18.233.647
01-110-20250384	13/01/2025	01-111-20250519	21/01/2025	23202020090000000001903042911220013337021002011 6	05	$ 32.538.266
01-110-20250384	13/01/2025	01-111-20250519	21/01/2025	23202020090000000001903034929190013324021002015 9	10	$ 8.588.003
01-110-20250384	13/01/2025	01-111-20250519	21/01/2025	23202020090000000001905028929130013308021002011 4	12	$ 13.274.068

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	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	$ (A)	$ (B)	$ (C = A – B)	☐	☐

8. RESPONSABLES

Para constancia firma:

Firma	*espacio para firma*
Nombre del Ordenador del Gasto Cargo	**SALOMÉ LONDOÑO ZAPATA** **SECRETARIA DE SALUD**

Elaboró	*espacio para firma*	Nombre completo: Cargo: Dependencia:	LINA MARCELA MONTOYA MEJÍA AUXILIAR ADMINISTRATIVA SECRETARIA DE SALUD
Revisó y aprobó	*espacio para firma*	Nombre completo: Cargo: Dependencia:	MAURICIO OSPINA ARROYAVE DIR. CFR SECRETARIA DE SALUD
Revisó y aprobó	*espacio para firma*	Nombre completo: Cargo: Dependencia:	MARIBEL ARREDONDO GIL DIR. PRESTACION DE SERVICIOS EN SALUD SECRETARIA DE SALUD
Revisó y aprobó	*espacio para firma*	Nombre completo: Cargo: Dependencia:	DIANA CAROLINA MESA VALENCIA PROFESIONAL UNIVERSITARIA SECRETARIA DE SALUD
Revisó y aprobó	*espacio para firma*	Nombre completo: Cargo: Dependencia:	WALTER ALONSO BOLIVAR MUNERA DIR. GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO Y PLANEACIÓN EN SALUD 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	MAURICIO OSPINA A, MARIBEL ARREDINDO G, DIANA C MESA, WALTER A BOLIVAR
Correo electrónico:	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