ACTA NUMERO 01

Alcaldía de Envigado

0042530-0000007-20250624
1100 - 2025/06/24 15:52:23

24 de junio de 2025

1. CONTRATO

CONTRATISTA:	VICTOR HUGO CORREA ARANGO
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	70.565.311
ENTIDAD BANCARIA:	BANCOLOMBIA
TIPO DE CUENTA:	AHORROS RECIBIDO
NÚMERO DE CUENTA:	10363019934
CONTRATO Nº :	01-00-32-20-001-25
FECHA DEL CONTRATO:	26 de marzo de 2025
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ALIMENTACIÓN Y RESTAURANTE PARA LOS EVENTOS ESPECIALES Y ACTIVIDADES DEL CONCEJO MUNICIPAL DE ENVIGADO
PLAZO:	09 Meses
FECHA DE INICIO:	3 de abril de 2022 (Esp. cuando sea urgencia manifiesta)
VALOR CONTRATO VIGENCIA:	$ 39.800.000
VALOR CONTRATO VIG. FUTURA:	$ N/A
VALOR IVA:	$ N/A
VALOR TOTAL:	$ 39.800.000
FORMA DE PAGO:	El Concejo de envigado realizará el pago al Contratista, de la siguiente forma: El pago lo hará el Concejo 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. Este pago **se hará en pagos parciales según servicios 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.
PERIODO A PAGAR:	ABRIL 03 A MAYO 30 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:	N/A
TIEMPO DE ADICION:	N/A
VALOR TOTAL DEL CONTRATO: (Valor contrato más adición)	N/A

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	**77612903 - 77612935**
Periodo de cotización	**ABRIL - MAYO**
Fecha de pago	**2/05/2025**
Valor base de cotización	**$ 12.070.000**
Valor pagado en salud	**$ 1.206.200**
Valor pagado en pensión	**$ 1.931.200**
Valor pagado ARL según tipo de riesgo	**$ 229.200**
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				**$ 16.852.228**
2	Glosa(+)(-)				**$**
3	Subtotal (1+2)				**$ 16.852.228**
	Concepto de Impuesto	**% Impuesto**	**Base**	**Valor Impuesto**	**Totales Impuestos**
4	IVA	19%	$ N/A	$ N/A	**$ N/A**
		5%	$ N/A	$ N/A	
5	Impuesto al consumo	8%	$ 16.852.228	$ 1.348.178	**$ 1.348.178**
6	**Total Impuestos (4+5)**				**$ 1.348.178**
7	**Valor Total Cuota (3+6)**				**$ 18.200.406**
8	Menos valor Amortización Anticipo= (3x% de anticipo)		XX%		**$**
9	**Valor a Pagar del Acta (7-8)**				**$ 18.200.406**
Diligenciar los campos 10, 11 y 12 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)					**$ 18.200.406**

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**
01-110-20250934	17/02/2025	01-111-20251391	27/03/2025	12020200600000000000000006331	01	$ 18.200.406

				10001301001000 0003		

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 Cargo	**LUCAS GAVIRIA HENAO** **Presidente Concejo Municipal de Envigado**

Elaboró	*espacio para firma*	Nombre completo: Cargo: Dependencia:	BLANCA OMAIRA MURIEL CASTAÑO Profesional Universitaria CT Secretaria de Hacienda
Revisó y aprobó	*espacio para firma*	Nombre completo: Cargo: Dependencia:	DOLLY MARIA QUINTERO BETANCUR Secretaria General Concejo Municipal de Envigado

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	DOLLY MARIA QUINTERO BETANCUR
Correo electrónico:	Dolly.quintero@envigado.gov.co

9. NOTAS

Notas.	• *La información y firmas de elaboró, Revisó y aprobó son obligatorias.*
	• *Cualquier modificación al formato de esta acto 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**	**N/A**
		Número Documento de Salida	**N/A**

Aplica para contratos de obra y compras