ACTA NUMERO 01	
22 de julio de 2025	
1. CONTRATO	
CONTRATISTA:	CENTRO DE FORMACIÓN INTEGRAL PARA EL TRABAJO CEFIT
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	NIT 811031876-1
ENTIDAD BANCARIA:	Bancolombia
TIPO DE CUENTA:	Ahorros
NÚMERO DE CUENTA:	1900000876
CONTRATO Nº :	ENV-07-09-0367-25
FECHA DEL CONTRATO:	3 de abril de 2025
OBJETO DEL CONTRATO:	Implementar, fortalecer y poner en funcionamiento proyectos sociales de comunicación comunitaria en las zonas 6 y 9 del Municipio de Envigado
PLAZO:	El plazo para la ejecución del objeto contractual será el estimado entre la fecha de inicio y terminación, definido en la plataforma Secop II, sin que supere la correspondiente vigencia fiscal.
FECHA DE INICIO:	4 de abril de 2025 (Esp. cuando sea urgencia manifiesta)
VALOR CONTRATO VIGENCIA:	$ 416.369.272
VALOR CONTRATO VIG. FUTURA:	$
VALOR IVA:	$
VALOR TOTAL:	$ 416.369.272
FORMA DE PAGO:	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 de acuerdo al PAC, (Plan Anual de Caja) en cuatro (4) cuotas iguales por valor de ciento cuatro millones cero noventa y dos mil trescientos dieciocho pesos ($104.092.318). Previa presentación de la capacidad organizacional contratada para el desarrollo del proyecto. El contratista deberá presentar informe en medio físico y digital consolidado de actividades basadas en cada obligación al momento de presentar factura de cobro, los cuales serán verificados por la supervisión y acorde a cada una de las actividades de las zonas 6 y 9, anexando las evidencias , registro de actividades, cronogramas, listados de asistencia, de inscripción, registros audiovisuales y fotográficos y los informes requeridos, al supervisor del contrato, acta de reuniones organizados debidamente acorde con proceso de archivo documental del municipio de Envigado. Dicho informe deberá dar cuenta de la ejecución presupuestal por cada una de las cuentas de cobro con los respectivos soportes. Dicha documentación deberá será cargado oportunamente en el Sistema Electrónico de Contratación Pública SECOP II.

	Lo anterior, de conformidad con la circular que expida La Secretaría de Hacienda y Dirección Financiera y Contable referente a las fecha de cierres contables, vigencia 2025; previa presentación de la cuenta debidamente legalizada, en la cual se presentará 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), previa presentación de su informe de gestión mensual de actividades y entregables debidamente ejecutados y certificación del recibo a entera satisfacción por parte del supervisor. **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.
PERIODO A PAGAR:	Abril 4 a Mayo 31 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)	$ 416.369.272

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				**$ 104.092.318**
2	Glosa(+)(-)				**$**
3	Subtotal (=1+2)				**$ 104.092.318**
	Concepto de Impuesto	**% Impuesto**	**Base**	**Valor Impuesto**	**Totales Impuestos**
4	IVA	19%	$	$	$
		5%	$	$	
5	Impuesto al consumo	XX%	$	$	$
6	**Total Impuestos (=4+5)**				**$**
7	**Valor Total Cuota (=3+6)**				**$ 104.092.318**
8	Menos valor Amortización Anticipo= (3x% de anticipo)		XX%		**$**
9	**Valor a Pagar del Acta (=7-8)**				**$ 104.092.318**
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)					**$104.092.318**

6. DEDUCCIONES APLICABLES

#	Concepto	Marcar SI aplica o NO, de acuerdo con los estudios previos	
		SI	**NO**
1	Impuesto de Industria y Comercio		X
2	Tasa Prodeporte y Recreación		X
3	Estampilla Procultura		X
4	Estampilla para el Bienestar del Adulto Mayor		X
5	Estampilla ProDesarrollo Institución Universitaria de Envigado (IUE)		X
6.	Contribución especial sobre contratos de obra pública		X

7. FACTURAS PRECONTRACTUALES

#	Concepto	# Factura de Rentas varias	Fecha de Pago
1	Impuesto de timbre		

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
01-110-20251055	10/03/2025	01-111-20251449	4/04/2025	232020200600000000450200168021000730000100207 65	01	$11.213.966
01-110-20251055	10/03/2025	01-111-20251449	4/04/2025	232020200800000000450200183913000730000100207 65	02	$17.602.534
01-110-20251055	10/03/2025	01-111-20251449	4/04/2025	232020200800000000450200183940000730000100207 65	03	$4.400.633
01-110-20251055	10/03/2025	01-111-20251449	4/04/2025	232020200800000000450200183811000730000100207 65	04	$13.201.901
01-110-20251055	10/03/2025	01-111-20251449	4/04/2025	232020100300000000450200132410010730000100207 65	05	$55.000.000
01-110-20251037	04/03/2025	01-111-20251449	4/04/2025	232020200800000000450200183111000731700100207 85	06	$2,673.284

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

10. RESPONSABLES

Para constancia firma:

Firma	
Nombre del Ordenador del Gasto Cargo	**SERGIO ALBERTO RIOS OSPINA** **DIRECTOR** **DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE PLANEACIÓN**

Elaboró	Isabel Cristina Zapata	Nombre completo: Cargo: Dependencia:	ISABEL CRISTINA ZAPATA RENDÓN PROFESIONAL UNIVERSITARIA DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE PLANEACION
Revisó y aprobó		Nombre completo: Cargo: Dependencia:	ANDRÉS RAMÍREZ MONTOYA SUBDIRECTOR DE PARTICIPACIÓN CIUDADANA DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE PLANEACIÓN

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	ISABEL CRISTINA ZAPATA RENDÓN
Correo electrónico:	Isabel.zapata@envigado.gov.co

11. 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*

12. REPORTE BIENES

Registro de Entradas y Salidas de Bienes

Nombre de Funcionario que Reporta	N/A	**Número Documento Entrada**	
		Número Documento de Salida	

Aplica para contratos de obra y compras