ACTA NUMERO 06

8 DE SEPTIEMBRE 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: 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.

	PARA CADA PAGO EL CONTRATISTA DEBERÁ ACREDITAR ESTAR A PAZ Y SALVO POR CONCEPTO DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCAL: PERSONA NATURAL: SALUD, PENSIÓN Y RIESGOS LABORALES, CUANDO APLIQUE. 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) **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. **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 30 DE AGOSTO DE 2025
FECHA DE SUSPENSIÓN:	Día de mes de año.
FECHA DE REINICIO:	Día de mes de año.
ACTA DE ADICION:	N° 01
FECHA DE ACTA ADICIÓN:	1 de agosto de 2025
VALOR ADICION:	$ 25.000.000
TIEMPO DE ADICION:	X meses.
VALOR TOTAL DEL CONTRATO: (Valor contrato más adición)	$ 75.000.000

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	
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				$ 6.763.365
2	Glosa(+)(-)				
3	Subtotal (=1+2)				$ 6.763.365
	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)**				$ 6.763.365
8	Menos valor Amortización Anticipo= (3x% de anticipo)			$	
9	**Valor a Pagar del Acta (=7-8)**				$ 6.763.365
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)					**$ 6.763.365**

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		

8. 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.		

9. 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	23202020090000000019050409112200133400210020110	01	$ 4.166.666
01-110-20251393	16/06/2025	01-111-20252327	1/08/2025	23202020090000000019050409112200133400210020110	01	$ 2.596.699

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

Elaboró	*escaneado para firma*	Nombre completo: Cargo: Dependencia:	LINA MARCELA MONTOYA MEJIA AUXILIAR ADMINISTRATIVA SECRETARIA DE SALUD
Revisó y aprobó	*escaneado para firma*	Nombre completo: Cargo: Dependencia:	ALEXANDRA MARÍA MARÍN LEÓN AUXILIAR ADMINISTRATIVA 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

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		**Número Documento Entrada**	
		Número Documento de Salida	
Aplica para contratos de obra y compras			