062

| Alcaldía Municipal de Envigado | ACTA DE PAGO CONTRATO ÚNICA, PARCIAL O FINAL | Código: AR-F-056 |
|---|---|---|
| | | Versión: 03 |
| | | Página 1 de 4 |

COPIA CONTROLADA

Alcaldía de Envigado
0064648-0000007-20250916
0900 - 2025/09/16 15:19:39

## ACTA NUMERO 02

15 de septiembre de 2025

### 1. CONTRATO

| | |
|---|---|
| **CONTRATISTA:** | CONSULTORIAS TECNICAS Y OBRAS CIVILES S.A.S. |
| **NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:** | 901.403.825-8 |
| **ENTIDAD BANCARIA:** | Bancolombia |
| **TIPO DE CUENTA:** | Corriente |
| **NÚMERO DE CUENTA:** | 23000009245 |
| **CONTRATO Nº :** | ENV-04-30-1035-25 |
| **FECHA DEL CONTRATO:** | 18 de junio de 2025 |
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | PRESTACIÓN DE SERVICIO DE APOYO A LA GESTIÓN POR MEDIO DE PERSONAL OPERATIVO PARA PREVENCIÓN Y MANEJO DE SITUACIONES DE RIESGO Y EMERGENCIA EN EL MUNICIPIO DE ENVIGADO. |
| **PLAZO:** | 180 días |
| **FECHA DE INICIO:** | 18 de junio de 2025 . |
| **VALOR CONTRATO VIGENCIA:** | $569.992.501 |
| **VALOR CONTRATO VIG. FUTURA:** | $0 |
| **VALOR IVA:** | $108.298.575 |
| **VALOR TOTAL:** | $678.291.076 |
| **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 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; 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. 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 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). |
| **PERIODO A PAGAR:** | Del 18 de junio al 31 de julio 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)** | $678.291.076 |

## 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 | | | | **$61.931.735** |
| 2 | Glosa(+)(-) | | | | **$0** |
| 3 | Subtotal (=1+2) | | | | **$61.931.735** |
| | **Concepto de Impuesto** | **% Impuesto** | **Base** | **Valor Impuesto** | **Totales Impuestos** |
| 4 | IVA | 19% | **$61.931.735** | $11.767.030 | $11.767.030 |
| | | 5% | $ | $ | |
| 5 | Impuesto al consumo | XX% | $ | $ | **$0** |
| 6 | **Total Impuestos (=4+5)** | | | | $11.767.030 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 7 | **Valor Total Cuota (=3+6)** | | **$73.698.765** |
| 8 | Menos valor Amortización Anticipo= (3x% de anticipo) | XX% | **$0** |
| **9** | **Valor a Pagar del Acta (=7-8)** | | **$73.698.765** |
| **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 | | **$0** |
| **Valor total a pagar al contratista (=9-12)** | | | **$73.698.765** |

**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 | 233702590 | 25/07/2025 |

**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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 01-110-20250857 | 7/02/2025 | 01-111-20251919 | 18/06/2025 | 23202020080000000004503022851200004300531002019 0 | 01 | **$73.698.765** |

**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 XX | $ (A) | $ (B) | $ (C = A – B) | ☐ | ☐ |

## 10. RESPONSABLES

Para constancia firma:

| | |
|---|---|
| Firma | espacio para firma |
| Nombre del Ordenador del Gasto Cargo | **Lina María Rojas Gallego**<br>**Jefe de la Oficina de Gestión del Riesgo** |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Elaboró** | espacio para firma | Nombre completo:<br>Cargo:<br>Dependencia: | Faisuly Rendón Bedoya<br>Profesional Universitario<br>Oficina de Gestión del Riesgo |
| **Revisó y aprobó** | espacio para firma | Nombre completo:<br>Cargo:<br>Dependencia: | Julián Alberto Vélez Jaramillo<br>Profesional Universitario<br>Oficina de Gestión del Riesgo |

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 | Julián Alberto Vélez Jaramillo |
| Correo electrónico: | Julian.velez@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**