ACTA NUMERO 02	
24 DE SEPTIEMBRE DE 2025	
1. CONTRATO	
CONTRATISTA:	ASCODES SAS
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	811000798
ENTIDAD BANCARIA:	BANCOLOMBIA
TIPO DE CUENTA:	CORRIENTE
NÚMERO DE CUENTA:	31900011356
CONTRATO Nº :	ENV-13-30-1131-25
FECHA DEL CONTRATO:	6 DE JUNIO DE 2025
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA LA REALIZACIÓN DE INTERVENCIONES EN TEMAS PRIORIZADOS EN SALUD PÚBLICA, QUE AYUDEN A MEJORAR LAS CONDICIONES DE SALUD DE LA POBLACIÓN AFECTADA O CON RIESGOS ESPECÍFICOS DEL MUNICIPIO DE ENVIGADO
PLAZO:	190 DÍAS
FECHA DE INICIO:	10 DE JUNIO DE 2025
VALOR CONTRATO VIGENCIA:	$ 179.440.632
VALOR CONTRATO VIG. FUTURA:	$
VALOR IVA:	$ 34.093.720
VALOR TOTAL:	$ 213.534.352
FORMA DE PAGO:	EL PAGO LO HARÁ EL MUNICIPIO DE ENVIGADO, AL CONTRATISTA, EN LA CAJA DE LA TESORERÍA MUNICIPAL O TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA, ASÍ: EL VALOR DEL PRESENTE CONTRATO SE PAGARÁ EN CUOTAS PARCIALES DE ACUERDO A LA DISPONIBILIDAD DEL PAC (PLAN ANUAL DE CAJA) Y CORRESPONDIENTE A LAS ACTIVIDADES REALMENTE EJECUTADAS Y EFECTUADAS POR EL CONTRATISTA, MISMAS QUE DEBERÁN ESTAR RECIBIDAS A ENTERA SATISFACCIÓN POR PARTE DEL SUPERVISOR Y ACORDES A LA PROPUESTA ECONÓMICA PRESENTADA POR EL CONTRATISTA.

	LO ANTERIOR PREVIA PRESENTACIÓN DE LA CUENTA DE COBRO O FACTURA DEBIDAMENTE LEGALIZADA Y 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 Y TAN PRONTO COMO EL OBJETO ESTÉ TOTALMENTE CUMPLIDO Y RECIBIDO A SATISFACCIÓN POR PARTE DE LA SUPERVISIÓN DEL CONTRATO. **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:	DEL 16 DE AGOSTO AL 19 DE SEPTIEMBRE 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)	$ 213.534.352

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				$ 26.577.689
2	Glosa(+)(-)				
3	Subtotal (=1+2)				$ 26.577.689
	Concepto de Impuesto	**% Impuesto**	**Base**	**Valor Impuesto**	**Totales Impuestos**
4	IVA	19%	$ 26.577.689.47	$ 5.049.761	$ 5.049.761
		5%	$	$	
5	Impuesto al consumo	XX%	$	$	$
6	**Total Impuestos (=4+5)**				$ 5.049.761
7	**Valor Total Cuota (=3+6)**				$ 31.627.449
8	Menos valor Amortización Anticipo= (3x% de anticipo)			$	
9	**Valor a Pagar del Acta (=7-8)**				$ 31.627.449
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)					**$ 31.627.449**

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**
01-110-20250864	10/02/2025	01-111-20251811	6/06/2025	23202020090000000019050549291900133420210020110	01	$ 31.627.449

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	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 MEJIA AUXILIAR ADMINISTRATIVA SECRETARIA DE SALUD

Revisó y aprobó	*espacio para firma*	Nombre completo: Cargo: Dependencia:	JOSE ANDRES HURTADO ARISTIZABAL PORFESIONAL UNIVERITARIO 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	JOSE ANDRES HURTADO ARISTIZABAL
Correo electrónico:	Jose.hurtado@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