ACTA NUMERO 03	
21 de octubre de 2025	
1. CONTRATO	
CONTRATISTA:	FUNDACIÓN NACIONAL PARA ELDESARROLLLO, EL ARTE Y LA CULTURA – FUNDARTE,
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	NIT 811039999-3
ENTIDAD BANCARIA:	Bancolombia
TIPO DE CUENTA:	Corriente
NÚMERO DE CUENTA:	274-152710-40
CONTRATO Nº :	ENV-16-09-1114-25
FECHA DEL CONTRATO:	11 de junio de 2025
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestación de servicios profesionales para la realización de actividades de artes escénicas, entretenimiento, culturales y de formación enfocadas al aprovechamiento del tiempo libre y el ocio productivo para las Personas Mayores del municipio de Envigado
PLAZO:	El plazo estimado para la ejecución del objeto contractual será hasta el 15 de diciembre de la correspondiente vigencia fiscal, sin que en ningún caso se exceda dicha fecha.
FECHA DE INICIO:	24 de junio de 2025 (Esp. cuando sea urgencia manifiesta)
VALOR CONTRATO VIGENCIA:	$512.000.000
VALOR CONTRATO VIG. FUTURA:	$0
VALOR IVA:	$0
VALOR TOTAL:	$512.000.000
FORMA DE PAGO:	EL MUNICIPIO entregará mensual el aporte a la entidad sin ánimo de lucro (ESAL) de acuerdo con la disponibilidad presupuestal, según el PAC, (Plan Anual de Caja), por producto o servicio entregado; una vez se adjunten los respectivos soportes. El municipio de Envigado pagará el valor del presente, de conformidad con la previa presentación de la cuenta o factura 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 y certificación del recibo a entera satisfacción por parte del supervisor. Lo anterior, de conformidad con la Circular 20250000003 del 09 de enero de 2025 expedida por la Secretaría de Hacienda y Dirección Financiera y Contable referente a las fechas de cierres contables, vigencia 2025; previa presentación de la cuenta y/o factura debidamente legalizada. **Parágrafo 1**.: La FACTURA O CUENTA DE COBRO expedida deberá llenar los requisitos legales (artículo 617) del Estatuto Tributario y deberá estar acompañada de la certificación que se encuentra a paz y Salvo por concepto de

	pago de la Seguridad Social integral (salud, pensiones y riesgos laborales) así como parafiscales, cuando corresponda; Informe de actividades del objeto contractual con corte cada 30 días, debidamente aprobada por el supervisor del contrato, así como el certificado de recibo a entera satisfacción por parte del supervisor. **Parágrafo 2.**: El pago se realizará a través de transferencia electrónica a la cuenta reportada por el contratista. El municipio podrá retener cualquier monto que deba pagar el contratista por la prestación de los servicios cuando haya incumplido alguna de las obligaciones, y se liberarán los saldos retenidos cuando el contratista subsane el incumplimiento y satisfaga las reclamaciones o requerimientos presentados. De los pagos se descontarán los impuestos respectivos que apliquen según el régimen tributario del contratista, cuya verificación se hará por parte de la Secretaría de Hacienda. **Parágrafo 3.**: El municipio de Envigado contará con un término de cuarenta y cinco (45) días hábiles siguientes a la fecha de radicación de la factura o cuenta de cobro, para realizar cada desembolso.
PERIODO A PAGAR:	1 de septiembre al 30 de septiembre 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:	0
TIEMPO DE ADICION:	N/A
VALOR TOTAL DEL CONTRATO: (Valor contrato más adición)	$512.000.000

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	**N/A**
Periodo de cotización	**N/A**
Fecha de pago	**N/A**
Valor base de cotización	**0**
Valor pagado en salud	**0**
Valor pagado en pensión	**0**
Valor pagado ARL según tipo de riesgo	**0**
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				**$93.689.218**
2	Glosa(+)(-)				**$0**
3	Subtotal (=1+2)				**$93.689.218**
	Concepto de Impuesto	**% Impuesto**	**Base**	**Valor Impuesto**	**Totales Impuestos**
4	IVA	19%	$0	$	**$0**
		5%	$	$	
5	Impuesto al consumo	XX%	$	$	**$0**
6	**Total Impuestos (=4+5)**				**$0**
7	**Valor Total Cuota (=3+6)**				**$93.689.218**
8	Menos valor Amortización Anticipo= (3x% de anticipo)		XX%		**$0**
9	**Valor a Pagar del Acta (=7-8)**				**$93.689.218**
Diligenciar los campos 9, 10 y 11 solo si hay compensación					
10	Tipo de Impuesto				**$0**
11	Número de Factura				**$0**
12	Valor de la Factura				**$0**
Valor total a pagar al contratista (=9-12)					**$93.689.218**

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	**233280691**	**17 DE JUNIO DE 2025**

8. ENDOSO DEL PAGO		
DILIGENCIAR SOLO SI TIENE ENDOSO		
	Beneficiario Pago (1)	Beneficiario Pago (2)
Nombre	N/A	N/A
Número Identificación	N/A	N/A
Entidad Bancaria	N/A	N/A
Tipo de Cuenta	N/A	N/A
Número de Cuenta	N/A	N/A
Valor endosado a Pagar	N/A	N/A
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 ejecutará 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
01-110-20251294	19/05/2025	01-111-20252586	2/09/2025	23202020090000000004104008929110016300001102010 3	3	$70.309.464
01-110-20251294	19/05/2025	01-111-20252586	2/09/2025	23202020090000000004104008929110016300001102010 3	4	$19.179.754
01-110-20251294	19/05/2025	01-111-20252586	2/09/2025	23202020080000000004104008839900016300001102010 3	8	$2.800.000
01-110-20251294	19/05/2025	01-111-20252586	2/09/2025	23202020080000000004104008839900016300001102010 3	9	$1.400.000

EJECUCIÓN ACUMULADA DEL CONTRATO POR RUBRO PRESUPUESTAL:
(solo se diligencia cuando es pago único y/o final)

Registro de	Rubro presupuestal		Valor ejecutado	Valor ajuste (C)	Autoriza ajuste

Disponibilidad presupuestal		Valor total registro por cada rubro (A)	incluyendo este acta (B)	(C = A - B)	SI	NO
N/A	N/A	$ (A)	$ (B)	$ (C = A – B)	☐	☐

10. RESPONSABLES

Para constancia firma:

Firma	*espacio para firma*
Nombre del Ordenador del Gasto Cargo	**Ana María Mesa Betancur** **Secretaria de Bienestar Social**

Elaboró	*espacio para firma* Kely Peña G.	Nombre completo: Cargo: Dependencia:	Kely Johana Peña Técnico Área Salud Bienestar Social
Revisó y aprobó	*espacio para firma*	Nombre completo: Cargo: Dependencia:	Luis Fernando Acevedo Pineda Profesional Asesor CT Secretaria de Bienestar Social

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	Kely Johana Peña Gomez
Correo electrónico:	Kely.pena@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