
 MUNICIPIO DE TULUÁ	<b>ACTA</b>		F-220-07	
	Versión: 7	Fecha de Aprobación: 04 de octubre de 2021		

FECHA DE ELABORACIÓN DEL ACTA:  4  diciembre  2025

ACTA No.

SECRETARIA DE ORIGEN  SECRETARIA DE SALUD

<b>CLASE CONTRATO</b>	<b>No. DE CONTRATO Y FECHA</b>
PRESTACIÓN DE SERVICIOS	30.20.1.014-2025   20/03/2025

TIPO DE ACTA			
INICIO		AMPLIACIÓN	
PARCIAL	x	FINALIZACIÓN	
SUSPENSIÓN		LIQUIDACIÓN	
REINICIO			

*Nota: Seleccione unicamente una casilla de tipo de acta*



INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA	
NOMBRE DEL CONTRATISTA	MANUEL ANTONIO APONTE MORALES
DOCUMENTO DE IDENTIDAD (C.C./NIT)	16358844
DOMICILIO	TULUA
TELÉFONO	3168329620

MODALIDADES DE SELECCIÓN
CONTRATACIÓN DIRECTA

CONDICIONES DEL CONTRATO			
N° CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD	2025-0556	FECHA	06/03/2025
No. DE REGISTRO PRESUPUESTAL	2025-0806	FECHA	20/03/2025
N° CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD ADICIONES		FECHA	
No. DE REGISTRO PRESUPUESTAL ADICIONES		FECHA	
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS TECNICOS PARA LA INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DE LA CALIDAD DEL AGUA DESTINADA AL CONSUMO HUMANO Y USO RECREATIVO EN EL MUNICIPIO DE TULUÁ.		

COMPROMISO DE CUMPLIMIENTO DEL CÓDIGO DE INTEGRIDAD
Me comprometo a cumplir los valores del Código de Integridad (Honestidad, respeto, compromiso, diligencia y justicia) adoptado por la Administración Municipal a través de la Resolución No. 200-059.0358 de fecha 16 de mayo de 2019, dispuesto en la Intranet en el siguiente link: <a href="http://intranet/gestion_procesos/procesos_Apoyo/Proceso_Desarrollo_Institucional/Gestion%20Talento%20Humano/Codigo%20Integridad/CODIGO%20DE%20INTEGRIDAD.pdf">http://intranet/gestion_procesos/procesos_Apoyo/Proceso_Desarrollo_Institucional/Gestion%20Talento%20Humano/Codigo%20Integridad/CODIGO%20DE%20INTEGRIDAD.pdf</a>

CAMBIOS, MODIFICACIONES, OTROS SI Y/O OBSERVACIONES AL CONTRATO (SI APLICA)

 MUNICIPIO DE TULUA	<b>ACTA</b>		F-220-07	 SIGI
	Versión: 7	Fecha de Aprobación: 04 de octubre de 2021		

FECHA DE ELABORACIÓN DEL ACTA: **DIA** 4 **MES** diciembre **AÑO** 2025

**ACTA No.** 9 **CONSECUTIVO SISTEMA FINANCIERO**

**SECRETARIA DE ORIGEN** SECRETARIA DE SALUD

<b>CLASE CONTRATO</b>	<b>No. DE CONTRATO Y FECHA</b>
PRESTACIÓN DE SERVICIOS	30.20.1.014-2025 20/03/2025

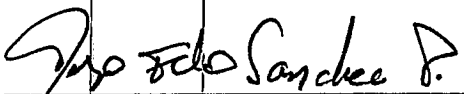
TIPO DE ACTA	
INICIO	AMPLIACIÓN
PARCIAL <input checked="" type="checkbox"/>	FINALIZACIÓN
SUSPENSIÓN	LIQUIDACIÓN
REINICIO	

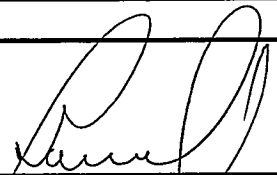
*Nota: Seleccione unicamente una casilla de tipo de acta*

<b>FECHA DE INICIO</b>	21/03/2025
<b>FECHA DE FINALIZACIÓN</b>	15/12/2025
<b>PLAZO/DURACIÓN DEL CONTRATO</b>	265 DIAS
<b>PERIODO A CANCELAR</b>	22/10/2025 AL 21/11/2025
<b>VALOR DEL CONTRATO</b>	\$ 24.075.000
<b>VALORES DE LA ADICION (Si aplica)</b>	\$ 0
<b>VALOR DEFINITIVO DEL CONTRATO</b>	\$ 24.075.000
<b>DESEMBOLSOS REALIZADOS ANTES DE LA PRESENTE ACTA</b>	\$ 18.725.000
<b>DESEMBOLSOS AUTORIZADOS EN ESTA ACTA</b>	\$ 2.675.000
<b>SALDO PENDIENTE POR PAGAR</b>	\$ 2.675.000
<b>SALDO A FAVOR DEL MUNICIPIO</b>	\$ 0

**PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL ENTIDAD PRESTADORA**

**SALUD:** FAMISANAR S.A.S.  
**PENSIÓN:** COLPENSIONES  
**ARP:** COLMENA

  
**FIRMA DEL SECRETARIO DE DESPACHO**  
**NOMBRE** DIEGO FERNANDO SANCHEZ PEREZ  
*(según asignación de rubros y ejes temáticos)*

  
**FIRMA DEL CONTRATISTA**  
**NOMBRE:** MANUEL ANTONIO APONTE M.

  
**FIRMA DEL INTERVENIOR O SUPERVISOR**  
**NOMBRE** GUSTAVO MUÑOZ RAMIREZ

N/A  
**FIRMA DEL ORDENADOR DEL GASTO**  
**NOMBRE:**  
*(Aplica únicamente para Acta de Liquidación y/o finalización)*