ACTA NUMERO 01
28 de julio de 2020

CONTRATISTA:	ELIZABETH LARA ARIAS
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1.036.643.046
ENTIDAD BANCARIA:	BANCOLOMBIA
TIPO DE CUENTA:	AHORROS
NÚMERO DE CUENTA:	01685048066
CONTRATO Nº	ENV-13-09-0910-20
FECHA DEL CONTRATO:	25 de junio de 2020
OBJETO DEL CONTRATO	Prestación de servicios profesionales para el mejoramiento de las estrategias de comunicación y la generación de contenidos que permitan la participación social teniendo informada la comunidad acerca de los programas y campañas de la Secretaría de Salud
VALOR ANTES DE IVA	$ 24.227.861
VALOR IVA:	N/A
VALOR TOTAL	$ 24.227.861

FORMA DE PAGO El municipio de Envigado, pagará al contratista el valor del presente contrato de acuerdo al PAC, (Plan Anual de Caja) de la siguiente manera: 5 cuotas iguales mensuales por valor cada una de CUATRO MILLONES DOSCIENTOS SETENTA Y CINCO MIL QUINIENTOS CINCO PESOS ($4.275.505) y una sola cuota en el mes de diciembre de DOS MILLONES OCHOCIENTOS CINCUENTA MIL TRESCIENTOS TREINTA Y SEIS PESOS ($2.850.336). Lo anterior previa presentación de la cuenta de cobro 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.

PLAZO INICIAL	5 Meses, 20 días.
FECHA DE INICIO	26 de junio de 2020
FECHA DE SUSPENSIÓN	N/A
FECHA DE REINICIO	N/A
ACTA DE ADICION	N/A
VALOR ADICION:	N/A
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	$ 24.227.861
FECHA DE ADICIÓN: N/A	
ADICION TIEMPO:	N/A
RDP VF NÚMERO	N/A
FECHA	N/A
VALOR	N/A

En cumplimiento a la Ley 80 de 1.993, ley 1150 de 2.007, 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.

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 se aplicó la base de liquidación establecida en la ley.

Obligado a Presentar Seguridad Social		Si	x	Diligencie el cuadro			
		No		Omita el cuadro			
PERSONA NATURAL PRESENTO				**PERSONA JURIDICA PRESENTO**		**SI**	**NO**
Planilla numero			18233839 - 18448628	Certificado de Representante Legal			
Periodo de Cotización			junio				
Fecha de pago			09-07-2020	Certificado de Revisor Fiscal			
Valor base de cotización			$ 877.803				
Salud			$ 22.000	Periodo de Cotización			
Pensión			$ 28.100				
ARL tipo de riesgo	**01**		$ 1.000				

Así mismo certifico que se recibió a entera satisfacción los servicios prestados por el contratista en cumplimiento del objeto del contrato.

VALOR A PAGAR

	DESCRIPCION		VALOR
1	Valor Cuota pactada contrato antes de IVA		$ 4.275.505
2	Glosa(+)(-)		
3	Subtotal (1+2)		$ 4.275.505
4	IVA	XX%	
5	Impuesto al consumo	XX%	
6	Valor Total Cuota (3+4+5)		$ 4.275.505
7	Menos valor Amortización Anticipo= (3x% de anticipo)	XX%	
8	Valor a Pagar del Acta (6-7)		$ 4.275.505
Compensación			
9	Tipo de Impuesto		
10	Número de Factura		
11	Valor de la Factura		
Valor Total a Pagar (8-11)			$ 4.275.505

Alcaldía Municipal de Envigado	ACTA DE PAGO PARCIAL CONTRATO	Código: AR-F-015
		Versión: 09
		Página **4** de **4**

COPIA CONTROLADA

Beneficiario del pago. (Diligenciar solo si tiene endoso)

ENDOSOS	Beneficiario Pago (1)	Beneficiario Pago (2)
Nombre		
Número Identificación		
Entidad Bancaria		
Tipo de Cuenta		
Número de Cuenta		
Valor a Pagar		

Nota: Cuando el beneficiario no sea el contratista en la carpeta del contrato debe reposar el poder o el endosó autenticado

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
01-110-20200118	15-01-2020	01-111-20201776	26-06-2020	2413102022301002 6020105	01	$ 4.275.505

Para constancia firma:

PAULA CATALINA PELÁEZ PÉREZ
SECRETARIA DE SALUD

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			

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 aplica.*

Elaboró	**Revisó y aprobó**
Nombre completo: Lina Marcela Montoya Mejía Cargo: Auxiliar Administrativa Dependencia: Secretaría de Salud	Nombre completo: Walter Alonso Bolívar Munera Cargo; Director de Gestión del Conocimiento y Planeación en Salud Dependencia: Secretaría de Salud