ACTA NUMERO 04

08 MAY 2026

1. CONTRATO

CONTRATISTA:	**Corporación Semillas de Bienestar - Corsebien**		
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	NIT 900.830.251-8		
ENTIDAD BANCARIA:	BANCOLOMBIA		
TIPO DE CUENTA:	AHORRO		
NÚMERO DE CUENTA:	33100001499		
TIPO DE CONTRATO / ORDEN DE COMPRA / CONVENIO: Marque X	**CONTRATO** ☒	**ORDEN DE COMPRA** ☐	**CONVENIO** ☐
CONVENIO/CONTRATO N.º:	ENV-24-09-1067-26		
FECHA DEL CONTRATO/CONVENIO:	1 de enero de 2026		
OBJETO DEL CONTRATO/CONVENIO:	Prestación de servicios para la atención integral de los niños, niñas y adolescentes entre los 6 años y 17 años, con discapacidad, habitante en situación de calle y/o consumo de sustancias psicoactivas del Municipio de Envigado, en proceso de restablecimiento de derechos, que requieran medida de ubicación inicial emitida por autoridad administrativa		
PLAZO:	365 Días		
FECHA DE INICIO:	1 de enero de 2026 (Esp. cuando sea urgencia manifiesta)		
VALOR CONTRATO/CONVENIO VIGENCIA:	$ 100.000.000		
VALOR CONTRATO/CONVENIO VIG. FUTURA:	N/A		
VALOR IVA:	N/A		
VALOR TOTAL:	$ 100.000.000 EXCLUIDO DE IVA		
PERIODO/CUOTA A PAGAR:	ABRIL 2026		

FORMA DE PAGO:

El pago lo hará el Municipio de Envigado, al Contratista, de acuerdo al PAC, (Plan Anual de Caja), en la caja de la Tesorería Municipal o transferencia electrónica, en pagos parciales según servicios efectivamente prestados y recibidos a entera satisfacción por la supervisión del contrato y los demás costos pactados y avalados por la supervisión, 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. Lo anterior, de conformidad con la Circular expedida por la Secretaría de Hacienda y Dirección Financiera y Contable referente a las fecha de cierres contables, vigencia 2026; previa presentación de la cuenta y/o factura debidamente legalizada. **NOTA:** el pago mensual por la permanencia de cada NNA (niño, niña y/o adolescente) en el hogar de paso será de CUATRO MILLONES OCHOCIENTOS NOVENTA Y CINCO MIL PESOS ($4.895.000), de no contar con ningún NNA en el mes no se pagará ningún valor referente a cupos prestados. El Municipio de Envigado pagará mensualmente un valor de NOVECIENTOS TREINTA Y CINCO MIL PESOS ($935.000) denominado porcentaje de sostenimiento básico, este se deberá pagar se encuentren NNA o no dentro del hogar de paso. De contar con NNA que su permanencia no supere el mes se pagará el valor por días dividiendo el valor del cupo mensual por 30 días y multiplicado por los días de permanencia del NNA. **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.

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/CONVENIO: (Valor contrato/convenio más adición)	$ 100.000.000 EXCLUIDO DE IVA

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 soporte 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	N/A
Valor pagado en salud	N/A
Valor pagado en pensión	N/A
Valor pagado ARL según tipo de riesgo	N/A
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/convenio antes de IVA				$ 8.277.650
2	Glosa (+)(-) (Nota crédito/nota débito)				N/A
3	Subtotal (=1+2)				$ 8.277.650
	Concepto de Impuesto	**% Impuesto**	**Base**	**Valor Impuesto**	**Totales Impuestos**
4	IVA	19%	$	$	N/A
		5%	$	$	
5	Impuesto al consumo	8%	$	$	N/A
6	**Total Impuestos (=4+5)**				N/A
7	**Valor Total Cuota (=3+6)**				$ 8.277.650
8	Menos valor Amortización Anticipo= (3x% de anticipo)		XX%		N/A
9	**Valor a Pagar del Acta (=7-8)**				$ 8.277.650
Diligenciar los campos 10, 11 y 12 solo si hay compensación					
10	Tipo de Impuesto				N/A
11	Número de Factura				N/A
12	Valor de la Factura				N/A
Valor total a pagar al contratista (=9-12)					8.277.650

6. DEDUCCIONES APLICABLES

#	Concepto	Marcar SI aplica o NO	
		SI	NO
1	Impuesto de Industria y Comercio		X
2	Contribución especial sobre contratos de obra pública		X

7. 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.

8. EJECUCIÓN PRESUPUESTAL

El valor a pagar descrito en la presente acta se ejecutará presupuestalmente de la siguiente forma:

Certificado de Disponibilidad	Fecha de	Registro de Disponibilidad	Fecha de	Rubro presupuestal	Sec RDP	Valor a ejecutar

Presupuestal	certificado	Presupuestal	registro			
01-110-20260077	01/01/2026	01-111-20260001	1/01/2026	2320202009000 0000045020389 3500002430000 10020775	01	$ 8.277.650

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 esta acta (B)	Valor ajuste (C) (C = A - B)	Autoriza ajuste	
					SI	NO
01-XX-20XXXXX	XXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXX	$ (A)	$ (B)	$ (C = A – B)	☐	☐

9. RESPONSABLES

Para constancia firma:

Firma	
Nombre del Ordenador del Gasto Cargo	Daniel Jaime Gómez Alarcón Secretario de Gobierno

Elaboró	espacio para firma	Nombre Cargo: Dependencia:	Claudia Elena Ruiz Mejía Líder de Programa Secretaría de Gobierno
Revisó y aprobó	espacio para firma	Nombre Cargo: Dependencia:	Luz Edilma Vásquez Muñoz Directora de Convivencia Secretaría de Gobierno

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	Claudia Elena Ruiz Mejía
Correo electrónico:	Claudia.ruiz@envigado.gov.co

10. 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*

11. 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