ACTA NUMERO 5		
23 de abril de 2026		
1. CONTRATO		
CONTRATISTA:	FRIGOCARNES S.A.S	
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	811.030.871-9	
ENTIDAD BANCARIA:	Bancolombia	
TIPO DE CUENTA:	Ahorros	
NÚMERO DE CUENTA:	10332528233	
CONV. DE COFINANCIACION Nº	Resolución 0058 del 18 de febrero de 2026	
ENTIDAD COFINANCIADORA	Unidad Administrativa Especial de Alimentación Escolar — Alimentos para Aprender UApA	
SUPERVISOR CONTRATO COFININA.	Jorge Mario Vargas González	
CORREO ELECTRÓNICO SUPERVISOR	jvargas@uapa-pae.gov.co	
TELEFONO/CELULAR SUPERVISOR	3016111325	
TIPO DE CONTRATO/CONVENIO: Marque con una X	**CONTRATO** ☒	**CONVENIO** ☐
CONTRATO/ CONVENIO Nº:	ENV-13-30-0812-26	
FECHA DEL CONTRATO / CONVENIO:	9 de enero de 2026	
OBJETO DEL CONTRATO/ CONVENIO:	SUMINISTRO Y DISTRIBUCIÓN DE CARNE DE RES, CERDO Y POLLO PARA LOS PROGRAMAS SOCIALES DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL DEL MUNICIPIO DE ENVIGADO	
PLAZO:	12 meses	
FECHA DE INICIO:	13 de enero de 2026 (Esp. cuando sea urgencia manifiesta)	
VALOR CONTRATO/ CONVENIO VIGENCIA:	$ 2.613.670.226	
VALOR CONTRATO/ CONVENIO VIG. FUTURA:	$	
VALOR IVA:	$	
VALOR TOTAL:	$2.613.670.226	
PERIODO A PAGAR:	1 al 31 de marzo de 2026	

FORMA DE PAGO:

El municipio de Envigado, pagará al contratista el valor de acuerdo al PAC (Plan Anual de Caja) en pagos parciales, de acuerdo a los pedidos realizados, conciliados y autorizados para facturación por parte de la Supervisión, según la carne efectivamente entregada satisfacción, previa presentación de la cuenta de cobro o factura debidamente legalizada, planilla de pago de aportes a la seguridad social integral (salud, pensiones y Riesgos Laborales, según aplique) y parafiscales; junto con la certificación que acredite que se encuentra a paz y salvo por estos conceptos de pago emitido por el Representante Legal o Revisor Fiscal (en caso de ser persona jurídica) presentación de los respectivos soportes de remisiones de entregas del suministro de carne debidamente firmadas y conciliadas con la Supervisión) y certificación del recibo a entera satisfacción por parte del supervisor.

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:	$0
TIEMPO DE ADICION:	N/A
VALOR TOTAL DEL CONTRATO/ CONVENIO: (Valor contrato más adición)	$2.613.670.226

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	Haga clic aquí para escribir número de planilla.
Periodo de cotización	MM-AAAA
Fecha de pago	Haga clic aquí para seleccionar una fecha.
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/ **convenio** antes de IVA				**$41.026.702**
2	Glosa(+)(-)(Nota crédito/nota débito)				$
3	Subtotal (=1+2)				**$41.026.702**
	Concepto de Impuesto	**% Impuesto**	**Base**	**Valor Impuesto**	**Totales Impuestos**
4	IVA	19%	$	$	$
		5%	$	$	
5	Impuesto al consumo	XX%	$	$	$
6	**Total Impuestos (=4+5)**				$
7	**Valor Total Cuota (=3+6)**				**$41.026.702**
8	Menos valor Amortización Anticipo= (3x% de anticipo)			XX%	$
9	**Valor a Pagar del Acta (=7-8)**				**$41.026.702**
Diligenciar los campos 10, 11 y 12 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)					**$41.026.702**

6. DEDUCCIONES APLICABLES

#	Tributos que aplican atendiendo la reglamentación tributaria que regule a la entidad cofinanciadora.	Marcar SI aplica o NO		Base	Porcen. %	Valor	Entidad destinaria
		SI	NO				
1							
2							
3							
4							
5							

7. 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.

8. EJECUCIÓN PRESUPUESTAL

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

Observaciones:	Los recursos a ejecutar en esta acta son recursos SGP

Certificado de disponibilidad presupuestal	Fecha de certificado	Registro de disponibilidad presupuestal	Fecha de registro	Rubro presupuestal	Sec RDP	Valor a ejecutar
01-135-20260068	17/02/2026	01-116-20260075	17/02/2026	23202010020000000 02201028211890113 1000013020115	6	$11.870.976
01-135-20260068	17/02/2026	01-116-20260075	17/02/2026	23202010020000000 02201028211210113 1000042020115	7	$18.374.720
01-135-20260068	17/02/2026	01-116-20260075	17/02/2026	23202010020000000 02201028211130113 1000042020115	8	$10.781.006

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	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXX	$ (A)	$ (B)	$ (C = A – B)	☐	☐

9. RESPONSABLES

Para constancia firma:

Firma	*espacio para firma*	*espacio para firma*
Nombre del Ordenador del Gasto Cargo	**Salomé Londoño Zapata** **Secretaria de Salud**	**Jazmín A. González Arias** **Secretaria de Educación**

Elaboró	*espacio para firma*	Nombre Cargo: Dependencia:	Johana Rodas Osorio Contratista Financiera Secretaria de Salud-Dirección Seguridad Alimentaria
Revisó	*espacio para firma*	Nombre Cargo: Dependencia:	Ana Luisa Jiménez Londoño Profesional Universitaria Secretaria de Salud-Dirección Seguridad Alimentaria
Aprobó	*espacio para firma*	Nombre Cargo: Dependencia:	Alejandro Arcila Mesa Director Seguridad Alimentaria y Nutricional Secretaria de Salud-Dirección Seguridad Alimentaria

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	Ana Luisa Jiménez Londoño
Correo electrónico:	Ana.jimenez@envigado.gov.co

10. NOTAS

- *La información y firmas de elaboró, Revisó y aprobó son obligatorias.*

Notas.	• *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-053*

11. REPORTE BIENES

Registro de Entradas y Salidas de Bienes

Nombre de Funcionario que Reporta	**N/A**	**Número Documento Entrada**	**N/A**
		Número Documento de Salida	**N/A**

Aplica para contratos de obra y compras