ACTA NUMERO 02			
22 DE MAYO DE 2026			
1. CONTRATO			
CONTRATISTA:	FUNDACIÓN HUELLAS DEL AYER		
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	900.427.606-1		
ENTIDAD BANCARIA:	BANCO CAJA SOCIAL		
TIPO DE CUENTA:	CORRIENTE		
NÚMERO DE CUENTA:	21004386695		
TIPO DE CONTRATO / ORDEN DE COMPRA / CONVENIO: Marque X	**CONTRATO** ☒	**ORDEN DE COMPRA** ☐	**CONVENIO** ☐
CONVENIO/CONTRATO N.º:	ENV-13-25-1123-26-2		
FECHA DEL CONTRATO/CONVENIO:	25 DE FEBRERO DE 2026		
OBJETO DEL CONTRATO/CONVENIO:	DESARROLLAR ACCIONES PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE VIDA DE LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA POR ENFERMEDAD O DISCAPACIDAD, SUS CUIDADORES Y FAMILIAS A TRAVÉS DEL ACOMPAÑAMIENTO, CUIDADO Y FORTALECIMIENTO DE LAS REDES DE APOYO FAMILIAR Y COMUNITARIO, PRESENTES EN LAS ZONAS 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 12, 13 Y OTRAS ZONAS .		
PLAZO:	307 DÍAS		
FECHA DE INICIO:	27 DE FEBRERO DE 2026		
VALOR CONTRATO/CONVENIO VIGENCIA:	$ 8.331.050.649		
VALOR CONTRATO/CONVENIO VIG. FUTURA:	$		
VALOR IVA:	$		
VALOR TOTAL:	$ 8.331.050.649		
PERIODO/CUOTA A PAGAR:	DEL 01 AL 30 DE ABRIL		

FORMA DE PAGO:

PARA INICIAR EL CONTRATO SE REALIZARÁ:

☐ UN PRIMER APORTE DEL MUNICIPIO DE $500.000.000 DE ACUERDO CON EL PAC (PLAN ANUAL DE CAJA), CONTRA LA EVIDENCIA DEL INFORME DE LA REALIZACIÓN DEL PROCESO DE SELECCIÓN, CONTRATACIÓN DEL PERSONAL ADMINISTRATIVO Y DE COORDINACIÓN Y CON LA ENTREGA DE UN PLAN OPERATIVO ANUAL QUE CONTENGA LA PLANEACIÓN DE LA EJECUCIÓN DE LAS METAS Y FINANCIERA DEL CONVENIO, SEGÚN LAS FICHAS TÉCNICAS (VALOR QUE SERÁ CRUZADO CON LAS ACTIVIDADES SEGÚN LA EJECUCIÓN, HASTA AGOTARLO Y CONTINUAR CON LA SEGUNDA FORMA DE PAGO). 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 Y CERTIFICACIÓN DEL RECIBO A ENTERA SATISFACCIÓN POR PARTE DEL SUPERVISOR.

☐ EN ADELANTE EL MUNICIPIO DE ENVIGADO, ENTREGARÁ A LA ESAL EL VALOR RESTANTE DEL CONVENIO DE ACUERDO AL PAC, (PLAN ANUAL DE CAJA), 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 Y CERTIFICACIÓN DEL RECIBO A ENTERA SATISFACCIÓN POR PARTE DEL SUPERVISOR

EN CASO DE QUE LOS APORTES POR PARTE DEL ASOCIADO SE REALICEN EN DINERO, LOS RENDIMIENTOS FINANCIEROS QUE SE GENEREN SERÁN DE PROPIEDAD DEL MUNICIPIO DE ENVIGADO.
NOTA: EL MUNICIPIO DE ENVIGADO CONTARÁ CON UN TÉRMINO DE CUARENTA Y CINCO (45) DÍAS HÁBILES SIGUIENTES A LA FECHA DE RADICACIÓN DE LA FACTURA, PARA REALIZAR CADA DESEMBOLSO.

FECHA DE SUSPENSIÓN:	Día de mes de año.
FECHA DE REINICIO:	Día de mes de año.
ACTA DE ADICION:	
FECHA DE ACTA ADICIÓN:	Día de mes de año.
VALOR ADICION:	$
TIEMPO DE ADICION:	X meses.
VALOR TOTAL DEL CONTRATO/CONVENIO: (Valor contrato/convenio más adición)	$ 8.331.050.649

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				**$ 524.873.633**
2	Glosa (+)(-) (Nota crédito/nota débito)				**$**
3	Subtotal (=1+2)				**$ 524.873.633**
	Concepto de Impuesto	**% Impuesto**	**Base**	**Valor Impuesto**	**Totales Impuestos**
4	IVA	19%	$	$	**$**
		5%	$	$	
5	Impuesto al consumo	8%	$	$	**$**
6	**Total Impuestos (=4+5)**				**$**
7	**Valor Total Cuota (=3+6)**				**$ 524.873.633**
8	Menos valor Amortización Anticipo= (3x% de anticipo)		XX%		**$**
9	**Valor a Pagar del Acta (=7-8)**				**$ 524.873.633**
Diligenciar los campos 10, 11 y 12 solo si hay compensación					
10	Tipo de Impuesto				
11	Número de Factura				
12	Valor de la Factura				**$**
Valor total a pagar al contratista (=9-12)					**$ 524.873.633**

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		
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 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
01-110-20260105	1/01/2026	01-111-20261534	27/02/2026	2320202009000000 0019050319341100 133017410020250	05	$ 23.394.152
01-110-20260105	1/01/2026	01-111-20261534	27/02/2026	2320202009000000 0019050319341100 133018410020250	06	$ 52.350.000
01-110-20260105	1/01/2026	01-111-20261534	27/02/2026	2320202009000000 0019050319341100 133017410020742	07	$ 27.303.214
01-110-20260105	1/01/2026	01-111-20261534	27/02/2026	2320202009000000 0019050319341100 133018410020742	08	$ 21.450.000
01-110-20260105	1/01/2026	01-111-20261534	27/02/2026	2320202009000000 0019050319341100 133017410020744	09	$ 55.618.246
01-110-20260105	1/01/2026	01-111-20261534	27/02/2026	2320202009000000 0019050319341100 133018410020744	10	$ 31.829.550
01-110-20260105	1/01/2026	01-111-20261534	27/02/2026	2320202009000000 0019050319341100 133017410020745	11	$ 17.201.257
01-110-20260105	1/01/2026	01-111-20261534	27/02/2026	2320202009000000 0019050319341100 133018410020745	12	$ 9.050.000
01-110-20260105	1/01/2026	01-111-20261534	27/02/2026	2320202009000000 0019050319341100 133018410020747	13	$ 63.200.000
01-110-20260105	1/01/2026	01-111-20261534	27/02/2026	2320202009000000 0019050319341100 133017410020748	14	$ 8.427.955
01-110-20260105	1/01/2026	01-111-20261534	27/02/2026	2320202009000000 0019050319341100 133018410020748	15	$ 33.550.000
01-110-20260105	1/01/2026	01-111-20261534	27/02/2026	2320202009000000 0019050319341100 133017410020749	17	$ 26.726.224
01-110-20260105	1/01/2026	01-111-20261534	27/02/2026	2320202009000000 0019050319341100 133018410020749	18	$ 63.212.371

01-110-20260105	1/01/2026	01-111-20261534	27/02/2026	2320202009000000 0019050319341100 133017410020806	20	$ 6.159.589
01-110-20260105	1/01/2026	01-111-20261534	27/02/2026	2320202009000000 0019050319341100 133017410020807	21	$ 17.905.586
01-110-20260105	1/01/2026	01-111-20261534	27/02/2026	2320202009000000 0019050319341100 133018410020807	22	$ 16.050.000
01-110-20260105	1/01/2026	01-111-20261534	27/02/2026	2320202009000000 0019050319341100 133017410020823	23	$ 4.910.951
01-110-20260105	1/01/2026	01-111-20261534	27/02/2026	2320202009000000 0019050319341100 133018410020823	24	$ 12.450.000
01-110-20260105	1/01/2026	01-111-20261534	27/02/2026	2320202009000000 0019050319341100 133017410020747	25	$ 34.084.538

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 XXXXXXXXXX	$ (A)	$ (B)	$ (C = A – B)	☐	☐

9. RESPONSABLES

Para constancia firma:

Firma	*espacio para firma*
Nombre del Ordenador del Gasto Cargo	**SALOMÉ LONDOÑO ZAPATA** **SECRETARIA DE SALUD**

Elaboró	*espacio para firma*	Nombre Cargo: Dependencia:	LINA MARCELA MONTOYA MEJIA AUXILIAR ADMINISTRATIVA SECRETARIA DE SALUD
Revisó y aprobó	*espacio para firma*	Nombre Cargo: Dependencia:	YINA MARCELA ARANGO OSPINA DIR. ASEGURAMIENTO – SUPERVISORA FINANCIERA SECRETARIA DE SALUD

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	MONICA JANETH OROZCO AGUDELO - YINA MARCELA ARANGO OSPINA
Correo electrónico:	Yina.arango @envigado.gov.co – lina.montoya@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