| MUNICIPIO DE TULUÁ | ACTA | | F-220-07 | SIGI |
|---|---|---|---|---|
| | Versión: 8 | Fecha de Aprobación: 2 de enero de 2026 | | |

**FECHA DE ELABORACIÓN DEL ACTA:** **DIA** 27 **MES** ABRIL **AÑO** 2026

| **ACTA No.** | 1 |
|---|---|

| **SECRETARIA DE ORIGEN** | **SECRETARIA DE GOBIERNO, CONVIVENCIA Y SEGURIDAD** |
|---|---|

| **CLASE CONTRATO** | **No. DE CONTRATO Y FECHA** | |
|---|---|---|
| PRESTACIÓN DE SERVICIOS | **290.20.5.098** | 23/04/2026 |

| **TIPO DE ACTA** | | | |
|---|---|---|---|
| INICIO | X | AMPLIACIÓN | |
| PARCIAL | | FINALIZACIÓN | |
| SUSPENSIÓN | | LIQUIDACIÓN | |
| REINICIO | | | |

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

| **INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA** | |
|---|---|
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA** | ANGELA MARIA MOSQUERA MARTINEZ |
| **DOCUMENTO DE IDENTIDAD (C.C./NIT)** | 66729828-1 |
| **DOMICILIO** | Dirección del domicilio principal : CL 29 CR 29 27, Barrio: VICTORIA, |
| **TELÉFONO** | 3163081008 |

| **MODALIDADES DE SELECCIÓN** |
|---|
| MINIMA CUANTÍA |

| **CONDICIONES DEL CONTRATO** | | | |
|---|---|---|---|
| **N° CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD** | **20260639** | **FECHA** | MAR.26.2026 |
| **No. DE REGISTRO PRESUPUESTAL** | **20261191** | | ABR.24.2026 |
| **N° CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD ADICIONES** | | **FECHA** | |
| **No. DE REGISTRO PRESUPUESTAL ADICIONES** | | **FECHA** | |
| **OBJETO DEL CONTRATO** | CONTRATAR UN PRESTADOR DE SERVICIO LOGÍSTICO EN EL MARCO DEL PROYECTO DE FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN Y REPARACIÓN INTEGRAL A LAS VICTIMAS DE CUALQUIER HECHO VICTIMIZANTE EN EL MUNICIPIO DE TULUÁ PARA LA VIGENCIA 2026. | | |

**DISTRIBUCION PRESUPUESTAL DE ACTIVIDADES**

*Nota: En caso de ser necesario, inserte filas.*

| ACTIVIDAD | PRODUCTO MGA | FUENTE DE FINANCIACÓN | VALOR |
|---|---|---|---|
| Realizar Acciones de apoyo para la participación de la Mesa Municipal de Víctimas | 1.3.1.4 - 4101038. SERVICIO DE ASISTENCIA TÉCNICA PARA LA PARTICIPACIÓN DE LAS VÍCTIMAS | 317 - SGP OTROS SECTORES (Libre Inversión) | **$ 32.194.140,00** |
| **Total** | | | **$ 32.194.140,00** |

**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:

http://192.168.10.201/gestion_procesos/procesos_Apoyo/Proceso_Desarrollo_Institucional/Gestion%20Talento%20Humano/Codigo%20Integridad/CODIGO%20DE%20INTEGRIDAD.pdf

| MUNICIPIO DE TULUÁ | ACTA | | F-220-07 | SIGI |
|---|---|---|---|---|
| | Versión: 8 | Fecha de Aprobación: 2 de enero de 2026 | | |

**FECHA DE ELABORACIÓN DEL ACTA:** **DIA** 27 **MES** ABRIL **AÑO** 2026

| **ACTA No.** | 1 |
|---|---|

| **SECRETARIA DE ORIGEN** | **SECRETARIA DE GOBIERNO, CONVIVENCIA Y SEGURIDAD** |
|---|---|

| **CLASE CONTRATO** | **No. DE CONTRATO Y FECHA** | |
|---|---|---|
| PRESTACIÓN DE SERVICIOS | **290.20.5.098** | 23/04/2026 |

| **CAMBIOS, MODIFICACIONES, OTROS SI Y/O OBSERVACIONES AL CONTRATO (SI APLICA)** | |
|---|---|
| | |
| **FECHA DE INICIO** | **27/04/2026** |
| **FECHA DE FINALIZACIÓN** | **15/12/2026** |
| **PLAZO/DURACIÓN DEL CONTRATO** | DESDE LA FIRMA DEL ACTA DE INICIO HASTA EL 15/12/2026 |
| **PERIODO A CANCELAR** | **NO APLICA** |
| **VALOR DEL CONTRATO** | **$ 32.194.140,00** |
| **VALORES DE LA ADICION (Si aplica)** | **$ 0** |
| **VALOR DEFINITIVO DEL CONTRATO** | **$ 32.194.140,00** |
| **DESEMBOLSOS REALIZADOS ANTES DE LA PRESENTE ACTA** | **$ 0** |
| **DESEMBOLSOS AUTORIZADOS EN ESTA ACTA** | **$ 0** |
| **SALDO PENDIENTE POR PAGAR** | **$ 32.194.140,00** |
| **SALDO A FAVOR DEL MUNICIPIO** | |

| **PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL ENTIDAD PRESTADORA** | |
|---|---|
| **SALUD:** | VER DETALLE PLANILLA |
| **PENSIÓN:** | VER DETALLE PLANILLA |
| **ARP:** | VER DETALLE PLANILLA |

**FIRMA DEL SECRETARIO DE DESPACHO**
NOMBRE **JOSE MARTÍN HINCAPIE ALVAREZ**

**FIRMA DEL CONTRATISTA**
NOMBRE: **ANGELA MARIA MOSQUERA MARTINEZ**

**FIRMA DEL INTERVENTOR O SUPERVISOR**
NOMBRE **CAROLINA PENILLA MUÑOZ**

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