Alcaldía Municipal de Envigado	**ACTA DE PAGO CONTRATO ÚNICA, PARCIAL O FINAL**	Código: AR-F-056
		Versión: 04
		Página **1** de **5**

COPIA

COPIA CONTROLADA

ACTA NUMERO 01

3 de septiembre de 2026

1. CONTRATO

CONTRATISTA:	ECOACCIONES INGENIERIA Y GESTION SOSTONIBLES.A.S BIC		
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	901010196-6		
ENTIDAD BANCARIA:	BANCOLOMBIA		
TIPO DE CUENTA:	Ahorro		
NÚMERO DE CUENTA:	29865932608		
TIPO DE CONTRATO / ORDEN DE COMPRA / CONVENIO: Marque X	**CONTRATO** ☒	**ORDEN DE COMPRA** ☐	**CONVENIO** ☐
CONVENIO/CONTRATO N.º:	ENV-15-32-1239-26_1		
FECHA DEL CONTRATO/CONVENIO:	21 de mayo de 2026		
OBJETO DEL CONTRATO/CONVENIO:	Prestación de servicios para el fortalecimiento del programa de gestión integral de la calidad de aire y ruido en el marco del proceso de acreditación de la matriz de calidad de aire y ruido de la Secretaría de Medio Ambiente y Desarrollo Agropecuario		
PLAZO:	204 días		
FECHA DE INICIO:	4 de junio de 2026 (Esp. cuando sea urgencia manifiesta)		
VALOR CONTRATO/CONVENIO VIGENCIA:	$ 67.532.263		
VALOR CONTRATO/CONVENIO VIG. FUTURA:	$		
VALOR IVA:	$ 12.831.130		
VALOR TOTAL:	$ 80.363.393		
PERIODO/CUOTA A PAGAR:	04 de junio de 2026 al 21 de agosto de 2026		

Alcaldía de Envigado
0064858-0000007-20260904
1100 - 2026/09/04 16:53:11

FORMA DE PAGO:

El Municipio de Envigado realizará el pago al Contratista, de la siguiente forma:
El Municipio de Envigado realizará el pago al Contratista, de la siguiente forma:
El Municipio de Envigado realizará el pago al Contratista, de la siguiente forma: El pago lo hará el Municipio de Envigado, al Contratista, en la caja de la Tesorería Municipal o transferencia electrónica, previa presentación de la cuenta de cobro o factura debidamente legalizada, lo anterior, de conformidad con la Circular 20260000005 de enero de 2026 expedida por la Secretaría de Hacienda y Dirección Financiera y Contable referente a las fecha de cierres contables, vigencia 2026. Este pago **se hará en pagos parciales según servicio efectivamente prestado,** y recibido a entera satisfacción, según certificado y control del supervisor del contrato; 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, pago que se hará con sujeción al plan anual de caja P.A.C.

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, la respectiva documentación que acredite la permanencia de las condiciones especiales de incorporación en favor de personas con discapacidad, en caso de no aportar lo último se deberá informar y sustentar las razones de fuerza mayor o caso fortuito que hayan impedido su cumplimiento.*

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*

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)	$

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				**$ 23.100.319**
2	Glosa (+)(-) (Nota crédito/nota débito)				$
3	Subtotal (=1+2)				$
	Concepto de Impuesto	**% Impuesto**	**Base**	**Valor Impuesto**	**Totales Impuestos**
4	IVA	19%	$ 23.100.319	$ 4.389.061	**$ 4.389.061**
		5%	$	$	
5	Impuesto al consumo	8%	$	$	$
6	**Total Impuestos (=4+5)**				**$ 4.389.061**
7	**Valor Total Cuota (=3+6)**				**$ 27.489.380**
8	Menos valor Amortización Anticipo= (3x% de anticipo)		XX%		$
9	**Valor a Pagar del Acta (=7-8)**				**$ 27.489.380**
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)					**$27.489.380**

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
01-110-20261463	30/06/2026	01-111-20262109	30/06/2026	23202020080000000003203017871540315300001002030303	01	$ 16,399,368
01-110-20261463	30/06/2026	01-111-20262109	30/06/2026	23202020080000000003203017839310015300001002030303	01	$ 11,090,012

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	Espacio para firma
Nombre del Ordenador del Gasto Cargo	**Beatriz Elena Lema Fernández** **Secretaria de Medio Ambiente y Desarrollo Agropecuario**

Elaboró	Espacio para firma	Nombre Cargo: Dependencia:	Andres Felipe Mejia Restrepo Líder de programa Secretaría de Medio Ambiente Desarrollo Agropecuario
Revisó y aprobó	Espacio para firma	Nombre Cargo: Dependencia:	Alejandra María Cárdenas Nieto Directora de Gestión Ambiental Secretaría de Medio Ambiente Desarrollo Agropecuario

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	Andres Felipe Mejia Restrepo
Correo electrónico:	andres.mejia@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