ACTA NUMERO 10

17 DE JULIO DE 2026

1. CONTRATO

CONTRATISTA:	CENTRO DE FORMACION INTEGRAL PARA EL TRABAJO (CEFIT)		
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	811031876		
ENTIDAD BANCARIA:	BANCOLOMBIA		
TIPO DE CUENTA:	AHORROS		
NÚMERO DE CUENTA:	01900000876		
TIPO DE CONTRATO / ORDEN DE COMPRA / CONVENIO: Marque X	**CONTRATO** ☒	**ORDEN DE COMPRA** ☐	**CONVENIO** ☐
CONVENIO/CONTRATO N.º:	ENV-13-09-1709-25		
FECHA DEL CONTRATO/CONVENIO:	6 DE NOVIEMBRE DE 2025		
OBJETO DEL CONTRATO/CONVENIO:	PRESTAR SERVICIOS PARA EL DESARROLLO DE ACCIONES DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA, EDUCACIÓN, CAPACITACIÓN, SENSIBILIZACIÓN, ASESORÍA, ASISTENCIA TÉCNICA, ESTABLECIENDO EL CUMPLIMIENTO DE LA NORMATIVIDAD Y FOMENTO DE LA PROMOCIÓN DE HÁBITOS ALIMENTARIOS SALUDABLES PARA LA POBLACIÓN ENVIGADEÑA		
PLAZO:	404 DIAS		
FECHA DE INICIO:	6 DE NOVIEMBRE DE 2025		
VALOR CONTRATO/CONVENIO VIGENCIA:	$ 1.058.500.000		
VALOR CONTRATO/CONVENIO VIG. FUTURA:	$		
VALOR IVA:	$		
VALOR TOTAL:	$ 1.058.500.000		
PERIODO/CUOTA A PAGAR:	DEL 01 AL 31 DE MAYO		

FORMA DE PAGO:

EL MUNICIPIO DE ENVIGADO, PAGARÁ AL CONTRATISTA EL VALOR DEL PRESENTE CONTRATO ENCUOTAS MENSUALES/ PARCIALES Y/O PROPORCIONAL AL SERVICIO EFECTIVAMENTE PRESTADO/POR PRODUCTO O SERVICIOENTREGADO DE ACUERDO AL PAC, (PLAN ANUAL DE CAJA) DE LA SIGUIENTE MANERA:LA PROPUESTA ESTÁ ESTRUCTURADA PARA LA REALIZACIÓN DE LOS PAGOS ENTRE LA FECHA DE INICIO DEL CONTRATO HASTA EL 15DE DICIEMBRE DEL 2026, SEGÚN PRODUCTO O SERVICIO ENTREGADO Y RECIBIDO A SATISFACCIÓN POR PARTE DEL SUPERVISOR YDE ACUERDO CON EL PLAN ANUALIZADO DE CAJA DEL MUNICIPIO DE ENVIGADO, PREVIA PRESENTACIÓN DE LA FACTURA CON SUSDEBIDOS SOPORTES.LO ANTERIOR, DE CONFORMIDAD CON LA CIRCULAR 2025000003 DEL 9 DE ENERO DE 2025 EXPEDIDA POR LA SECRETARÍA DEHACIENDA Y DIRECCIÓN FINANCIERA Y CONTABLE REFERENTE A LA FECHA DE CIERRES CONTABLES, VIGENCIA 2025; PREVIAPRESENTACIÓN DE LA CUENTA Y/O FACTURA DEBIDAMENTE LEGALIZADA

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 PORCONCEPTO 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 DELSUPERVISOR.

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 LOSSERVICIOS CUANDO HAYA INCUMPLIDO ALGUNA DE LAS OBLIGACIONES, Y SE LIBERARÁN LOSSALDOS RETENIDOS CUANDO ELCONTRATISTA SUBSANE EL INCUMPLIMIENTO Y SATISFAGA LAS RECLAMACIONES O REQUERIMIENTOS PRESENTADOS. DE LOSPAGOS SE DESCONTARÁN LOS IMPUESTOS RESPECTIVOS QUE APLIQUENSEGÚN EL RÉGIMEN TRIBUTARIO DEL CONTRATISTA, CUYAVERIFICACIÓN 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 SIGUIENTESA LA FECHA DE RADICACIÓN DE LA FACTURA O CUENTA DE COBRO, 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)	$ 1.058.500.000

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	
Periodo de cotización	
Fecha de pago	
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				**$ 13.033.408**
2	Glosa (+)(-) (Nota crédito/nota débito)				**$**
3	Subtotal (=1+2)				**$ 13.033.408**
	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)**				**$ 13.033.408**
8	Menos valor Amortización Anticipo= (3x% de anticipo)			**$**	**$**
9	**Valor a Pagar del Acta (=7-8)**				**$ 13.033.408**
Diligenciar los campos 10, 11 y 12 solo si hay compensación					
10	Tipo de Impuesto				
11	Número de Factura				
12	Valor de la Factura				**$**
Valor total a pagar al contratista (=9-12)					**$ 13.033.408**

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
01-135-20260025	1/01/2026	01-116-20260027	1/01/2026	23202020090000 00001903019911 22001313702260 20116	1	$ 3.638.070
01-135-20260025	1/01/2026	01-116-20260027	1/01/2026	23202020080000 00001903019821 20001312302260 20116	2	$ 3.402.963
01-135-20260025	1/01/2026	01-116-20260027	1/01/2026	23202020080000 00001905015831 17001312902260 20646	10	$ 5.992.375

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	
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:	WALTER ALONSO BOLIVAR MUNERA DIR. GESTION DEL CONOCIMIENTO Y PLANEACION EN SALUD SECRETARIA DE SALUD
Revisó y aprobó	*espacio para firma*	Nombre Cargo: Dependencia:	MAURICIO OSPINA ARROYAVE DIR. DE CFR SECRETARIA DE SALUD
Revisó y aprobó	*espacio para firma*	Nombre Cargo: Dependencia:	MARIBEL ARREDONDO GIL DIR. PRESTACION DE SERVICIOS EN SALUD SECRETARIA DE SALUD
Revisó y aprobó	*espacio para firma*	Nombre Cargo: Dependencia:	DIANA CAROLINA MESA VALENCIA PROFESIONAL UNIVERSITARIA 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	WALTER ALONSO BOLIVAR MUNERA
Correo electrónico:	Walter.bolivar@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