ACTA NUMERO 01

16 de septiembre de 2026

1. CONTRATO

CONTRATISTA:	VIVALDI INGENIERÍA HOSPITALARIA S.A.S		
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	NIT 811039999-3		
ENTIDAD BANCARIA:	Bancolombia		
TIPO DE CUENTA:	Ahorros		
NÚMERO DE CUENTA:	37556704032		
TIPO DE CONTRATO / ORDEN DE COMPRA / CONVENIO: Marque X	**CONTRATO** ☒	**ORDEN DE COMPRA** ☐	**CONVENIO** ☐
CONVENIO/CONTRATO N.º:	ENV-16-32-1269-26		
FECHA DEL CONTRATO/CONVENIO:	24 de junio de 2026		
OBJETO DEL CONTRATO/CONVENIO:	Adquisición de Electrodos, mantenimiento para desfibriladores externos automático (DEA) e insumos dotación de botiquín para los diferentes Centro de Encuentro Ciudadano CEC - Centros Vida, con miras a garantizar el correcto funcionamiento y atención a las personas mayores en cumplimiento a la normatividad vigente.		
PLAZO:	45 días		
FECHA DE INICIO:	30 de junio de 2026 (Esp. cuando sea urgencia manifiesta)		
VALOR CONTRATO/CONVENIO VIGENCIA:	$7.652.052		
VALOR CONTRATO/CONVENIO VIG. FUTURA:	$0		
VALOR IVA:	$998.678		
VALOR TOTAL:	$8.650.730		
PERIODO/CUOTA A PAGAR:	30 de junio al 18 de agosto de 2026		

FORMA DE PAGO:

El Municipio de Envigado pagará al contratista el valor del presente contrato de acuerdo al Plan Anualizado de Caja (PAC) el cual esta soportado en el registro de disponibilidad presupuestal (RDP) del presente contrato Y SE AUTORIZARÁ el pago de acuerdo al informe del supervisor que se presente al ordenador del gasto, donde se detallan las (actividades, obligaciones, tareas, productos.) realizadas, desarrolladas o entregadas durante el periodo a pagar y de acuerdo al plazo establecido en el contrato. En todo caso se pagará de acuerdo a la ejecución. Lo anterior, de conformidad con la Circular expedida por la Secretaría de Hacienda y Dirección Financiera y Contable referente a las fechas de cierres contables, vigencia 2026; previa presentación 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 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/convenio más adición)	$ 8.650.730

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	**N/A**
Periodo de cotización	**N/A**
Fecha de pago	**N/A**
Valor base de cotización	**N/A**
Valor pagado en salud	**N/A**
Valor pagado en pensión	**N/A**
Valor pagado ARL según tipo de riesgo	**N/A**
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					**$7.652.052**
2	Glosa (+)(-) (Nota crédito/nota débito)					**$0**
3	Subtotal (=1+2)					**$7.652.052**
	Concepto de Impuesto	**% Impuesto**	**Base**		**Valor Impuesto**	**Totales Impuestos**
4	IVA	19%	$5.150.782	$978.649		**$978.649**
		5%	$0	$0		
5	Impuesto al consumo	8%	$0	$0		$0
6	**Total Impuestos (=4+5)**					**$978.649**
7	**Valor Total Cuota (=3+6)**					**$8.630.701**
8	Menos valor Amortización Anticipo= (3x% de anticipo)			XX%		**$0**
9	**Valor a Pagar del Acta (=7-8)**					**$8.630.701**
Diligenciar los campos 10, 11 y 12 solo si hay compensación						
10	Tipo de Impuesto					**0**
11	Número de Factura					**0**
12	Valor de la Factura					**$0**
Valor total a pagar al contratista (=9-12)						**$8.630.701**

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	N/A	N/A
Número Identificación	N/A	N/A
Entidad Bancaria	N/A	N/A
Tipo de Cuenta	N/A	N/A
Número de Cuenta	N/A	N/A
Valor endosado a Pagar	**N/A**	**N/A**

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
01-110-20261246	27/03/2026	01-111-20262104	30/06/2026	2320202008000000 0041040088715402 163000011020103	1	$2.460.000

01-110-20261246	27/03/2026	01-111-20262104	30/06/2026	2320201004000000 0041040084815009 163000011020103	2	$3.060.000
01-110-20261246	27/03/2026	01-111-20262104	30/06/2026	2320201003000000 0041040083529907 163000011020103	3	$3.110.700

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
01-111-20262104	2320202008000000 0041040088715402 163000011020103	**$2.460.000**	**$2.460.000**	**$0**	☐	☒
01-111-20262104	2320201004000000 0041040084815009 163000011020103	**$3.060.000**	**$3.060.000**	**$0**	☐	☒
01-111-20262104	2320201003000000 0041040083529907 163000011020103	**$3.130.730**	**$3.110.701**	**$20.029**	☒	☐

9. RESPONSABLES

Para constancia firma:

Firma	espacio para firma
Nombre del Ordenador del Gasto Cargo	**Tatiana Ossa Álvarez** **Secretaria Bienestar Social (E)**

Elaboró	espacio para firma	Nombre Cargo: Dependencia:	Kely Johana Peña Técnico Área Salud Bienestar Social
Revisó y aprobó	espacio para firma	Nombre Cargo: Dependencia:	Luis Fernando Acevedo Pineda Profesional Asesor CT Bienestar Social

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	Kely Johana Peña
Correo electrónico:	Kely.pena@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			