ACTA NUMERO 02

15 de octubre de 2026

1. CONTRATO

CONTRATISTA:	CONSULTORIAS TÉCNICAS Y OBRAS CIVILES S.A.S (COTEC INGENIERIA S.A.S)		
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	901403825-8		
ENTIDAD BANCARIA:	BANCOLOMBIA		
TIPO DE CUENTA:	Corriente		
NÚMERO DE CUENTA:	23000009245		
TIPO DE CONTRATO / ORDEN DE COMPRA / CONVENIO: Marque X	**CONTRATO** ☒	**ORDEN DE COMPRA** ☐	**CONVENIO** ☐
CONVENIO/CONTRATO N.º:	ENV-04-30-1211-26_1		
FECHA DEL CONTRATO/CONVENIO:	24 de julio de 2026		
OBJETO DEL CONTRATO/CONVENIO:	PRESTACIÓN DE SERVICIO DE APOYO A LA GESTIÓN MEDIANTE PERSONAL OPERATIVO PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN, MANEJO Y ATENCIÓN DE SITUACIONES DE RIESGO Y EMERGENCIA EN EL MUNICIPIO DE ENVIGADO		
PLAZO:	142 días		
FECHA DE INICIO:	30 de julio de 2026 (Esp. cuando sea urgencia manifiesta)		
VALOR CONTRATO/CONVENIO VIGENCIA:	$500.000.000		
VALOR CONTRATO/CONVENIO VIG. FUTURA:	$N/A		
VALOR IVA:	$ IVA INCLUIDO / IVA EXCLUIDO valor que comprende los bienes y/o servicios gravados y no gravados con IVA, según corresponda, sin desagregar el impuesto, y se ejecutará conforme a los valores unitarios ofertados por el adjudicatario en su propuesta económica		
VALOR TOTAL:	$500.000.000		
PERIODO/CUOTA A PAGAR:	Septiembre 2026		

Alcaldía de Envigado
0078587-0000007-20261019
1100 - 2026/10/19 13:23:37

FORMA DE PAGO:

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. 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.*

***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:	$
TIEMPO DE ADICION:	X meses.
VALOR TOTAL DEL CONTRATO/CONVENIO: (Valor contrato/convenio más adición)	$500.000.000

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	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				**$151.516.780**
2	Glosa (+)(-) (Nota crédito/nota débito)				**$0**
3	Subtotal (=1+2)				**$151.516.780**
	Concepto de Impuesto	**% Impuesto**	**Base**	**Valor Impuesto**	**Totales Impuestos**
4	IVA	19%	$151.516.780	$28.788.188	**$28.788.188**
		5%	$	$	
5	Impuesto al consumo	8%	$	$	$
6	**Total Impuestos (=4+5)**				**$28.788.188**
7	**Valor Total Cuota (=3+6)**				**$180.304.968**
8	Menos valor Amortización Anticipo= (3x% de anticipo)		XX%		$
9	**Valor a Pagar del Acta (=7-8)**				**$180.304.968**
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)					**$180.304.968**

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
01-110-20261206	11/03/2026	01-111-20262308	24/07/2026	23202020080000000004503022851200004300531002019 0	01	$180.304.968

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	**Lina María Rojas Gallego** **Jefe Oficina de Gestión del Riesgo**

Elaboró	*espacio para firma*	Nombre Cargo: Dependencia:	Faisuly Rendón Bedoya Profesional de apoyo - CT Oficina Gestión del Riesgo
Revisó y aprobó	*espacio para firma*	Nombre Cargo: Dependencia:	Julián Alberto Vélez Jaramillo Profesional Universitario (Supervisor) Oficina Gestión del Riesgo

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	Julián Alberto Vélez Jaramillo
Correo electrónico:	Julian.velez@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			