COPIA CONTROLADA

Alcaldía de Envigado
0077070-0000007-20261014
1100 - 2026/10/14 15:09:19

ACTA NUMERO 1

14 de octubre de 2026

1. CONTRATO

CONTRATISTA:	COLOMBIA VIVE SALUD S.A.S		
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	NIT. 901674823-5		
ENTIDAD BANCARIA:	Davivienda		
TIPO DE CUENTA:	ahorros		
NÚMERO DE CUENTA:	031700019230		
TIPO DE CONTRATO / ORDEN DE COMPRA / CONVENIO: Marque X	**CONTRAT O** ☒	**ORDEN DE COMPRA** ☐	**CONVENIO** ☐
CONVENIO/CONTRATO N.º:	**ENV-23-09-1526-26**		
FECHA DEL CONTRATO/CONVENIO:	18 de septiembre de 2026		
OBJETO DEL CONTRATO/CONVENIO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA EL DESARROLLO DE PROGRAMAS DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN, ASÍ COMO EVALUACIONES MÉDICAS ESPECIALIZADAS, EXÁMENES DE LABORATORIOS Y PARACLÍNICOS EN EL SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO PARA LOS SERVIDORES PÚBLICOS DEL MUNICIPIO DE ENVIGADO		
PLAZO:	86 días		
FECHA DE INICIO:	23 de septiembre de 2026		
VALOR CONTRATO/CONVENIO VIGENCIA:	$ 120.000.000		
VALOR CONTRATO/CONVENIO VIG. FUTURA:	N.A		
VALOR IVA:	N.A		
VALOR TOTAL:	$ 120.000.000 IVA incluido		
PERIODO/CUOTA A PAGAR:	Cuenta del 23 de septiembre 2026 al 14 de octubre 2026		

FORMA DE PAGO:

El municipio de Envigado, pagará al contratista el valor del presente contrato de acuerdo al PAC, (Plan Anual de Caja) en tres (3) cuotas de acuerdo a los servicios efectivamente prestados una vez sea recibido a satisfacción los entregables el cual se evidenciará con un informe que verificará el supervisor.

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 factura o documento equivalente, en la cual se presentará la certificación que acredite que se encuentra a paz y salvo por concepto de pago de la Seguridad Social integral (salud, pensiones y Riesgos Laborales).

Lo anterior, de conformidad con la Circular 20260000005 del 05 de enero de 2026 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)	$ 120.000.000

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				**$17.545.800**
2	Glosa (+)(-) (Nota crédito/nota débito)				**N.A**
3	Subtotal (=1+2)				**$17.545.800**
	Concepto de Impuesto	**% Impuesto**	**Base**	**Valor Impuesto**	**Totales Impuestos**
4	IVA	19%	$	$	**N/A**
		5%	$	$	
5	Impuesto al consumo	8%	$	$	**N/A**
6	**Total Impuestos (=4+5)**				**N/A**
7	**Valor Total Cuota (=3+6)**				**$17.545.800**
8	Menos valor Amortización Anticipo= (3x% de anticipo)			**N/A**	**N/A**
9	**Valor a Pagar del Acta (=7-8)**				**$17.545.800**
Diligenciar los campos 10, 11 y 12 solo si hay compensación					
10	Tipo de Impuesto				**N/A**
11	Número de Factura				**MMC14406**
12	Valor de la Factura				**N/A**
Valor total a pagar al contratista (=9-12)					**$17.545.800**

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
20261878	14/09/2026	20262924	23/09/2026	2120202009000000000000093195002330400 10000002	2	**$ 8.152.800**
20261878	14/09/2026	20262924	23/09/2026	2120202009000000000000093122002330400 10000002	1	**$ 9.393.000**

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
	xxxxxxxxxx xxxxxxxxxx xxxxxxxxxx xxxxxxxxxx xx	$			☐	☐

9. RESPONSABLES

Para constancia firma:

Firma	*espacio para firma*
Nombre del Ordenador del Gasto Cargo	**LINA MARIA OROZCO MUÑOZ** **Secretaria de Talento Humano y Desarrollo Organizacional**

Elaboro	*espacio para firma*	Nombre Cargo: Dependencia:	LÁCIDES PULIDO ORTEGA MÉDICO GENERAL HUMANO Y DESARROLLO ORGANIZACIONAL TALENTO
Reviso y aprobó	*espacio para firma*	Nombre Cargo: Dependencia:	LINA MARIA OROZCO MUÑOZ SECRETARIA DE DESPACHO TALENTO HUMANO Y DESARROLLO ORGANIZACIONAL

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	LÁCIDES PULIDO ORTEGA
Correo electrónico:	Lacides.pulido@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			