ACTA NÚMERO 003

26 de Abril de 2021

CONTRATISTA:	ALIRIO GÓMEZ G. SERVICIOS DE ALIMENTACIÓN S.A.S
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	900.356.683-3
ENTIDAD BANCARIA:	BANCO DE BOGOTÁ
TIPO DE CUENTA:	AHORROS
NÚMERO DE CUENTA:	114-17162-2
CONTRATO Nº	ENV-13-30-0241-21
FECHA DEL CONTRATO:	04 de Marzo de 2021
OBJETO DEL CONTRATO	Suministro y distribución de productos misceláneos y granos para beneficiar a los titulares de derecho del Programa de Alimentación Escolar (PAE) del municipio de Envigado.
VALOR ANTES DE IVA	$2.500.000.000
VALOR IVA:	$0
VALOR TOTAL	$2.500.000.000
FORMA DE PAGO	El municipio de Envigado, pagará al contratista el valor del presente contrato de acuerdo al PAC, (Plan Anual de Caja) de la siguiente manera: se realizará en pagos parciales mensuales según los suministros efectivamente entregados y recibidos a entera satisfacción por la supervisión del contrato; lo anterior, de conformidad con la Circular 0000000 del 06 de enero de 2021 expedida por la Secretaria de Hacienda y Dirección Financiera y Contable referente a las fecha de cierres contables, vigencia 2021 y con la presentación de la cuenta debidamente legalizada, 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), previa presentación de factura y certificación del recibo a entera satisfacción por parte del supervisor.
PLAZO INICIAL	5 Meses
FECHA DE INICIO	10 de Marzo de 2021 (Especificar cuando sea urgencia manifiesta)
FECHA DE SUSPENSIÓN	NA
FECHA DE REINICIO	NA
ACTA DE ADICION	NA
VALOR ADICION:	NA
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	$2.500.000.000
FECHA DE ADICIÓN:	NA
ADICION TIEMPO:	NA

RDP VF NÚMERO 01-XXX-20XXXXX (Cuando Aplique)
FECHA DD-MM-AAAA
VALOR XX.XXX.XXX

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.

Ratifico la revisión y verificación de los documentos soportes del contratista con respecto a los requerimientos de seguridad social integral establecidos por la ley, encontrándose al día en sus pagos, para lo cual se aplicó la base de liquidación establecida en la ley.

Obligado a Presentar Seguridad Social	Si	X	Diligencie el cuadro			
	No		Omita el cuadro			
PERSONA NATURAL PRESENTO			**PERSONA JURIDICA PRESENTO**		**SI**	**NO**
Planilla numero			Certificado de Representante Legal		X	
Periodo de Cotización						
Fecha de pago			Certificado de Revisor Fiscal			
Valor base de cotización						
Salud			Periodo de Cotización	Marzo de 2021		
Pensión						
ARL tipo de riesgo	XX					

Así mismo certifico que se recibió a entera satisfacción los servicios prestados por el contratista en cumplimiento del objeto del contrato.

VALOR A PAGAR

	DESCRIPCION		VALOR
1	Valor Cuota pactada contrato antes de IVA		$343.317.658
2	Glosa(+)(-)		
3	Subtotal (1+2)		$343.317.658
4	IVA	XX%	
5	Impuesto al consumo	XX%	
6	Valor Total Cuota (3+4+5)		$343.317.658
7	Menos valor Amortización Anticipo= (3x% de anticipo)	XX%	
8	Valor a Pagar del Acta (6-7)		$343.317.658
Compensación			

9	Tipo de Impuesto	
10	Número de Factura	
11	Valor de la Factura	$343.317.658
Valor Total a Pagar (8-11)		$343.317.658

Beneficiario del pago. (Diligenciar solo si tiene endoso)

ENDOSOS	Beneficiario Pago (1)	Beneficiario Pago (2)
Nombre		
Número Identificación		
Entidad Bancaria		
Tipo de Cuenta		
Número de Cuenta		
Valor a Pagar		

Nota: Cuando el beneficiario no sea el contratista en la carpeta del contrato debe reposar el poder o el endosó autenticado

El valor a pagar descrito en la presente acta se ejecutara 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
01-110-20210490	08-02-2021	01-111-20210798	10-03-2021	232020100300000000 220102836410131000 042020115	01	$5.082.000
01-110-20210490	08-02-2021	01-111-20210798	10-03-2021	232020100200000000 220102823660131000 042020115	03	$17.748.000
01-110-20210490	08-02-2021	01-111-20210798	10-03-2021	232020100200000000 220102823140131000 042020115	04	$943.200
01-110-20210490	08-02-2021	01-111-20210798	10-03-2021	232020100200000000 220102823161131000 042020115	05	$23.701.600
01-110-20210490	08-02-2021	01-111-20210798	10-03-2021	232020100200000000 220102821242131000 042020115	06	$131.872.434
01-110-20210490	08-02-2021	01-111-20210798	10-03-2021	232020100200000000 220102822211131000 042020115	07	$103.786.200
01-110-20210490	08-02-2021	01-111-20210798	10-03-2021	232020100200000000 220102823710131000 042020115	08	$5.036.724
01-110-20210490	08-02-2021	01-111-20210798	10-03-2021	232020100000000000 220102801704131000 042020115	09	$14.734.300
01-110-20210490	08-02-2021	01-111-20210798	10-03-2021	232020100000000000 220102801701131000 042020115	10	$35.731.4000

01-110-20210490	08-02-2021	01-111-20210798	10-03-2021	232020100200000000 220102823550131000 042020115	11	$4.681.800

Para constancia firma:

SALOME LONDOÑO ZAPATA
Secretaria de Salud

Registro de Entradas y Salidas de Bienes			
Nombre de Funcionario que Reporta	Andrea Rendon Mesa	**Número Documento Entrada**	203-20210009
		Número Documento de Salida	220-20210009
APLICA PARA CONTRATOS DE OBRA Y COMPRAS			

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 aplica.*

Elaboró	**Revisó y aprobó**
Nombre completo: Natalia Grajales Graciano Cargo: Analista administrativa y financiera Dependencia: Contratista Nutriser Colombia	Nombre completo: Ana Luisa Jimenez Londoño Cargo: Profesional universitaria Dependencia: Secretaría de Salud