COPIA

POLITECNICO INTEGRAL COLOMBIANO S.A.S
NIT 900.131.476-
CR 43 38 SUR 13 P 3
Tel: (034) 4076218
Envigado - Colombia
info@politecnicointegral.edu.co

Factura electrónica de venta
No. TCA-229

Señores	MUNICIPIO DE ENVIGADO		
NIT	890.907.106-5	**Teléfono**	(034) 3394000
Dirección	CR 43 38 SUR 35	**Ciudad**	Envigado - Colombia

Fecha y hora Factura	
Generación	16/09/2021, 15:22
Expedición	16/09/2021, 15:27
Vencimiento	16/09/2021

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Total
1	MEDIA TECNICA	1.00	60,000,000.00

Alcaldía de Envigado
0048337-0000007-20210921
1100 - 2021/09/21 15:15:15

RECIBIDO
21 SEP. 2021

Total items: 1

Total Bruto	60,000,000.00
Total a Pagar	**60,000,000.00**

Valor en Letras:
Sesenta millones de pesos m/cte

Condiciones de Pago:
Crédito - Cuota No. 001 vence el 2021-09-16 por $ 60,000,000.00

Observaciones:
Cancela segunda (2ª) cuota del contrato ENV-12-09-0566-21, Prestación de Servicios Educativos y de capacitación para formar cuatro (4) grupos de jóvenes de los grados 10° y 11° de las Instituciones Educativas oficiales en programas técnicos laborales por competencias (doble titulación) en Cosmetología y Estética Integral (11°), Auxiliar en Atención a la Primera Infancia (10° y 11°) y Auxiliar Veterinario (10°), mediante articulación de la educación media.

Favor consignar en el BANCO CAJA SOCIAL cuenta corriente Nº 21003030177.

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. **Número Autorización 18764007073768 aprobado en 20201105 prefijo TCA desde el número 1 al 10000 Vigencia: 12 Meses Meses**
- Actividad Económica 8551 Formación para el trabajo Tarifa
CUFE 46a823a4bfc6b6c1f8244d8b2905ccbae1d2810fbdbeaf9eced37527e85a9bca71bb4891ce51c8cf7fd6c280c94facc0

Elaborado por software Sigo Nube y enviado electrónicamente por proveedor tecnológico Sigo Sigo S.A.S Nit 830.048.145-8

ACTA NUMERO 002
20 de septiembre de 2021

CONTRATISTA:	POLITÉCNICO INTEGRAL COLOMBIANO S.A.S
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	900.131.476-9
ENTIDAD BANCARIA:	Banco Caja Social
TIPO DE CUENTA:	Cuenta Corriente
NÚMERO DE CUENTA:	21003030177
CONTRATO Nº	ENV-12-09-0566-21
FECHA DEL CONTRATO:	19 de marzo de 2021
OBJETO DEL CONTRATO	Prestación de servicios educativos y de capacitación para formar cuatro (4) grupos de jóvenes de los grados 10 y 11 de las instituciones educativas oficiales en programas técnicos laborales por competencias (doble titulación) mediante articulación de la educación media.
VALOR ANTES DE IVA	CIENTO CUARENTA Y CINCO MILLONES SETECIENTOS CATORCE MIL DOSCIENTOS TRES PESOS ($145.714.203), EXCLUIDO DE IVA.
VALOR IVA:	No gravado con IVA.
VALOR TOTAL	CIENTO CUARENTA Y CINCO MILLONES SETECIENTOS CATORCE MIL DOSCIENTOS TRES PESOS ($145.714.203), EXCLUIDO DE IVA.
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 mes vencido de la siguiente manera: TREINTA Y CINCO MILLONES SETECIENTOS CATORCE MIL DOSCIENTOS TRES PESOS ($35.714.203) en el mes de abril, SESENTA MILLONES DE PESOS ($60.000.000) en el mes de agosto y CINCUENTA MILLONES DE PESOS ($50.000.000) en el mes diciembre de 2021. Lo anterior, previa 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 (PERSONA NATURAL: salud, pensión y riesgos laborales. PERSONA JURÍDICA: salud, pensión, riesgos laborales y aportes parafiscales de su personal, emitido por el Representante Legal o Revisor Fiscal), previa presentación de su informe de gestión y certificación del recibo a entera satisfacción por parte del supervisor. El Municipio de Envigado contará con un término de cuarenta y cinco (45) días hábiles siguientes a la fecha de radicación de la factura, para realizar cada desembolso.
PLAZO INICIAL	El plazo estimado para la ejecución del objeto contractual será de ocho (8) meses y veintitrés (23) días y en todo caso no podrá superar el 15 de diciembre de la correspondiente vigencia fiscal.
FECHA DE INICIO	26 de marzo de 2021 (Especificar cuando sea urgencia manifiesta)
FECHA DE SUSPENSIÓN	N.A.
FECHA DE REINICIO	N.A.
ACTA DE ADICION	N.A.
VALOR ADICION:	N.A.
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	CIENTO CUARENTA Y CINCO MILLONES SETECIENTOS CATORCE MIL DOSCIENTOS TRES PESOS ($145.714.203), EXCLUIDO DE IVA.
FECHA DE ADICIÓN:	N.A.
ADICION TIEMPO:	N.A.
RDP VF NÚMERO	N.A. (Cuando Aplique)

FECHA N.A.
VALOR N.A.

En cumplimiento a la Ley 80 de 1.993, ley 1150 de 2.007, 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 el supervisor,** informe 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		**X**
Valor base de cotización					
Salud			Periodo de Cotización	Certificado con fecha del 16 de septiembre 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		$60.000.000
2	Glosa(+)(-)		0
3	Subtotal (1+2)		$60.000.000
4	IVA	XX%	0
5	Impuesto al consumo	XX%	0
6	Valor Total Cuota (3+4+5)		$60.000.000
7	Menos valor Amortización Anticipo= (3x% de anticipo)	XX%	0
8	Valor a Pagar del Acta (6-7)		$60.000.000
Compensación			
9	Tipo de Impuesto		N.A.
10	Número de Factura		N.A.
11	Valor de la Factura		0
Valor Total a Pagar (8-11)			$60.000.000

Beneficiario del pago. (Diligenciar solo si tiene endoso)

ENDOSOS	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 a Pagar	0	0

Nota: Cuando el beneficiario no sea el contratista en la carpeta del contrato debe reposar el poder o el endoso 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
01-110-20210282	20-01-2021	01-111-20211026	23-03-2021	2320202009000000 0022010359234012 3000010020011	1	60.000.000

Para constancia firma:

JUAN GABRIEL VÉLEZ MANCO
Secretario de Educación

Registro de Entradas y Salidas de Bienes			
Nombre de Funcionario que Reporta	N.A.	**Número Documento Entrada**	N.A.
		Número Documento de Salida	N.A.
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:	Revisó:	Aprobó:
Nombre completo: Mauricio Rodríguez Montoya **Cargo:** Profesional Universitario **Dependencia:** Calidad Educativa **Fecha:** 20 de septiembre de 2021 **Hora:** 10:00 A.M.	**Nombre completo:** Maura Alejandra Álvarez. **Cargo:** Profesional Universitaria **Dependencia:** Administrativa y Financiera **Fecha:** 20-09-2021 **Hora:** 3:29 pm.	**Nombre completo:** Carlos Acosta **Cargo:** Abogado **Dependencia:** Secretaria de Educación **Fecha:** 21/9/21 **Hora:** 1012	**Nombre completo:** Miriam Sorely Bedoya **Cargo:** Directora de Calidad Educativa **Dependencia:** Secretaria de Educación **Fecha:** **Hora:**

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 Secretario de Educación del Municipio de Envigado.