FUNDACIÓN EL ÁGORA

Personería Jurídica Resolución 27608 de diciembre 28 de 2007 de la DSSA
Calle 35 Sur No. 43- 42 Envigado - Antioquia - Colombia
Tel.: 444 04 45 - NIT. 900.193.182-4
www.elagora.org - email:fundacion@elagora.org

Res. DIAN No. 18028005004781 Fecha: 2017/09/08 Autoriza del 31501 al 40000

FACTURA DE VENTA Nº 36830

Señores: **MUNICIPIO DE ENVIGADO - NIT 890.907.106 5**

NIT. o C.C. **CARRERA 43 38SUR 35 ENVIGADO - TELÉFONO: 339 40 00** Fecha: D 11 M 06 A 2019

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
	Segunda cuota correspondiente al mes de junio de 2019,			$ 84.439.142
	según contrato Nº ENV-12-25-0638-19.			

Alcaldía de Envigado

0040671-0000007-20190614
1100- 2019/06/14 15:38:18

Valor en letras **OCHENTA Y CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS TREINTA Y NUEVE MIL CIENT CUARENTA Y DOS PESOS M.L.**

Cheque No. _____ Banco _____ Efectivo [ ]

Firma y sello **ANDRÉS CASTRILLÓN ESTRADA**

TOTAL **$ 84.439.142**

ENTIDAD SIN ÁNIMO DE LUCRO. NO EFECTUAR NINGÚN TIPO DE RETENCIONES

INTEGRAF S.A.S NIT 800.240.676-1 TEL: 331 34 15

VIGILADO Supersalud

RECIBIDO

2019 JUN. 14

ASOPAGOS s.a.

RAZON SOCIAL :	FUNDACION EL AGORA
IDENTIFICACION:	NI-900193182
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2019-05-17
FECHA LIMITE DE PAGO:	2019-05-21
FECHA DE PAGO:	2019-05-17
ENTIDAD DE PAGO:	BANCOLOMBIA
PERIODO PENSION:	2019-04
PERIODO SALUD:	2019-05
NUMERO PLANILLA:	15862588
TOTAL COTIZANTES:	63
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	15862588
TIPO DE PLANILLA:	E

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS002	800130907	SALUD TOTAL	3	$ 0	$ 0	$ 0	$ 560.200	$ 560.20
EPS005	800251440	SANITAS	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 201.300	$ 201.30
EPS010	800088702	EPS SURA	45	$ 0	$ 0	$ 0	$ 10.390.300	$ 10.390.30
EPS016	805000427	COOMEVA EPS	10	$ 0	$ 0	$ 0	$ 2.449.700	$ 2.449.70
EPS037	900156264	NUEVA E.P.S. S.A.	3	$ 0	$ 0	$ 0	$ 621.700	$ 621.70
EPS040	900604350	SAVIA SALUD	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 103.600	$ 103.60
230201	800229739	PROTECCION	28	$ 0	$ 0	$ 0	$ 7.850.100	$ 7.850.10
230301	800224808	PORVENIR	14	$ 0	$ 0	$ 0	$ 3.999.400	$ 3.999.40
231001	800227940	COLFONDOS	6	$ 0	$ 0	$ 0	$ 2.040.900	$ 2.040.90
25-14	900336004	COLPENSIONES	12	$ 20.000	$ 20.000	$ 0	$ 4.089.100	$ 4.089.10
14-11	890903790	ARL SURA	62	$ 0	$ 0	$ 0	$ 2.427.300	$ 2.427.30
CCF03	890900842	COMFENALCOANTIOQUIACCF	60	$ 0	$ 0	$ 0	$ 4.455.500	$ 4.455.50
PASENA	899999034	SENA	61	$ 0	$ 0	$ 0	$ 2.229.800	$ 2.229.80
PAICBF	899999239	ICBF	61	$ 0	$ 0	$ 0	$ 3.342.800	$ 3.342.80
		Total a pagar		$ 20.000	$ 20.000	$ 0	$ 44.761.700	$ 44.761.70

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	21/06/2019

ACTA NUMERO 002 - 1

14 de Junio de 2019

CONTRATISTA:	FUNDACIÓN EL ÁGORA
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	900.193.182-4
ENTIDAD BANCARIA:	BANCOLOMBIA
TIPO DE CUENTA:	CORRIENTE
NÚMERO DE CUENTA:	01939128975
CONTRATO Nº	ENV-12-25-0638-19
FECHA DEL CONTRATO:	14 de marzo de 2019
OBJETO DEL CONTRATO	IMPULSAR, DIRIGIR, COORDINAR Y EJECUTAR EL SERVICIO Y LA ATENCIÓN DE LA POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD Y APOYO PSICOPEDAGÓGICO Y SOCIAL"
VALOR ANTES DE IVA	CUATROCIENTOS SESENTA MILLONES TRESCIENTOS CINCO MIL SEISCIENTOS SEIS PESOS M.L. $1.460.305.606
VALOR IVA:	N.A.
VALOR TOTAL	MIL CUATROCIENTOS SESENTA MILLONES TRESCIENTOS CINCO MIL SEISCIENTOS SEIS PESOS M.L. $1.460.305.606
FORMA DE PAGO	EL MUNICIPIO entregará el aporte a la entidad sin ánimo de lucro (ESAL) de acuerdo a la disponibilidad presupuestal, según el PAC, (Plan Anual de Caja), en CINCO (5) cuotas distribuidas así : en el mes de abril una cuota por valor de TRESCIENTOS SESENTA Y CINCO MILLONES SETENTA Y SEIS MIL CUATROCIENTOS DOS PESOS ($365,076,402), en el mes de junio una cuota por valor de DOSCIENTOS VEINTIÚN MILLONES SETECIENTOS OCHENTA Y SIETE MIL CIENTO CUARENTA Y TRES PESOS ($221.787.143), en el mes de agosto una cuota por valor de CUATROCIENTOS TREINTA Y SEIS MILLONES SEISCIENTOS TREINTA Y DOS MIL SEISCIENTOS NOVENTA Y NUEVE PESOS ($436.632.699), en el mes de octubre una cuota por valor de TRESCIENTOS CINCUENTA Y DOS MILLONES TRESCIENTOS SETENTA MIL DOSCIENTOS VEINTIDÓS PESOS ($352.370.222) y una última cuota en el mes de diciembre por valor de OCHENTA Y CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS TREINTA Y NUEVE MIL CIENTO CUARENTA PESOS ($84.439.140).
PLAZO INICIAL	205 Días
FECHA DE INICIO	14 de marzo de 2019
FECHA DE SUSPENSIÓN	N.A.
FECHA DE REINICIO	N.A.
ACTA DE ADICIÓN	N.A.
VALOR ADICIÓN:	N.A.
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	MIL CUATROCIENTOS SESENTA MILLONES TRESCIENTOS CINCO MIL SEISCIENTOS SEIS PESOS M.L. $1.460.305.606
FECHA DE ADICIÓN:	N.A.
ADICIÓN TIEMPO:	N.A.
RDP VF NÚMERO	N.A.
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 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			Certificado de Revisor Fiscal		
Fecha de pago					
Valor base de cotización					
Salud			Periodo de Cotización	Junio 10 de 2019	
Pensión					
ARL tipo de riesgo					

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		$ 84.439.142
2	Glosa(+)(-)		0
3	Subtotal (1+2)		$ 84.439.142
4	IVA	XX%	0
5	Impuesto al consumo	XX%	0
6	Valor Total Cuota (3+4+5)		$ 84.439.142
7	Menos valor Amortización Anticipo= (3x% de anticipo)	XX%	0
8	Valor a Pagar del Acta (6-7)		$ 84.439.142
Compensación			
9	Tipo de Impuesto		
10	Número de Factura		
11	Valor de la Factura		0
Valor Total a Pagar (8-11)			$ 84.439.142

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
01-110-20190359	12-03-2019	01-111-20191198	13-03-2019	23121010208000023020013	1	84.439.142

Para constancia firma:

LEANDRO QUICENO CAÑAS
SECRETARIO DE EDUCACIÓN Y CULTURA (E)

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			

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 Nombre completo: MABEL BOLAÑOS DUARTE Cargo: Supervisor Dependencia: Dirección de Calidad Educativa	Revisó Nombre completo: Maura Alejandra Alvarez Saldarriaga Cargo: Profesional Universitario Dependencia: Administrativa y financiera
Elaboró Nombre completo: DIANA MARCELA ÁLVAREZ MONTOYA Cargo: Supervisor Dependencia: Dirección de Calidad Educativa	Aprobó Nombre completo; Miriam Sorely Bedoya Restrepo Cargo: Directora Calidad Educativa Dependencia; Calidad Educativa