



324 - TRANSFERENCIA ELECTRONICA

Documento de Pago : 324 - 201913255

Fecha : 19-DEC-2019

Cuenta Pagadora : 39401198-5 - BANCO BBVA AHO.SALUD-PUBLI

Documento de Causación: 202-201908904

Radicado : 87803

Contrato: ENV-13-30-0308-19

Acta de pago : # 04

Tercero : 900193182 - FUNDACION EL AGORA

Beneficiario : 900193182 - FUNDACION EL AGORA

Cuenta Beneficiario	Entidad Financiera	Tipo de Cuenta
01939128975	BANCOLOMBIA	C

Concepto: ACTA DE PAGO 4.CO:ENV-13-30-0308-19 CUYO OBJETO ES EL FORTALECIMIENTO DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES PAI EN EL MUNICIPIO DE ENVIGADO, INMERSO EN LA DIMENSIÓN VIDA SALUDABLE Y ENFERMEDADES TRANSMISIBLES DEL PLAN DECENAL. PERIODO DE PAGO 1 DE OCTUBRE AL 22 DE NOVIEMBRE DE 2

Cuenta	Descripción	Valor
202 201908904	FUNDACION EL AGORA	12,718,627.00
		12,718,627.00

Elaboró

Fecha de Aplicación: 19-DEC-2019

Revisó

Usuario: ELIDARRAGA

Aprobó

Terminal: ENVIGADO\ALC_TES_PRO



ALCALDÍA DE ENVIGADO

CUENTA POR PAGAR

República de Colombia
29 NOV 2019
Se. ...
Servicio de ...
CC-NIT: 900193182 Fecha: 28-11-2019

Beneficiario : FUNDACION EL AGORA

Direccion : CR 42 38 SUR 060

Telefono : 3321728

Fecha Vencimiento : 28-11-2019

Observacion: ACTA DE PAGO 4.CO:ENV-13-30-0308-19 CUYO OBJETO ES EL FORTALECIMIENTO DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES PAI EN EL MUNICIPIO DE ENVIGADO, INMERSO EN LA DIMENSION VIDA SALUDABLE Y ENFERMEDADES TRANSMISIBLES DEL PLAN DECENAL. PERIODO DE PAGO 1 DE OCTUBRE AL 22 DE NOVIEMBRE DE 2019.

Valor Bruto : 12,718,627.00

CXP. No. 202 201908904

Factura No. 38234

Tipo Cuenta: C

Soporte : CONTRATO No. ENV-13-30-0308-19 # 04

N. Cta Bancaria: 01939128975

Nombre Entidad Financiera: BANCOLOMBIA

Conceptos de Gasto, Costo, Compra o Traslado de Recaudos a Tercero			Valor del Concepto
Concepto	Descripción del Concepto		
5672	Promocion y Divulgacion - Programas de Salud		12,718,627.00

Movimiento Presupuestal				Valor
RP	Código	CI	Descripción Cta. Mvto. Presupuestal	
20190645	24133020220010010020106	24	EGRESOS ADMINISTRATIVOS	12,718,627.00

Movimiento Contable					
Cta. Contable	Descripción	Tercero	CI	Debito	Credito
240102	Proyectos de inversión	900193182	24		12,718,627.00
55020514	Promoción y divulgación	900193182	24	12,718,627.00	
93909010	Contratos de interes publico y social	900193182	24	12,718,627.00	
99159001	Contratos Db	900193182	24		12,718,627.00

Legalizacion de Anticipos en la Causacion			
Código	No. Contrato	Valor Legalizado	Saldo por Legalizar

Cargos y Retenciones en la Causacion				
Concepto	%	Cargos	Retenciones	Valor Base
Total Cargos y Retenciones :		.00	.00	

Deducciones en el Pago			
Concepto	%	Retención	Valor Base

Total Deducciones :

NETO A PAGAR : \$ 12,718,627.00

DOCE MILLONES SETECIENTOS DIEZ Y OCHO MIL SEISCIENTOS VEINTISIETE PESO(S) CON 0/100 M/CTE

ESTADO ACTIVO.

SALDO \$ 12,718,627.00

ZULEY YELLEN ESCOBAR RESTREPO

Elaborado Cuentas por Pagar

JUAN JOSE URIBE MONTOYA

Solicitado Por:

RADICADO: 87803

ANGELA MARIA FRANCO CARDONA

Autorizado Por:

29 NOV 2019
1-11

 Alcaldía Municipal de Envigado	ACTA DE PAGO PARCIAL CONTRATO	Código: AR-F-015
		Versión: 09
		Página 1 de 3

COPIA CONTROLADA

ACTA NUMERO 004
26 de noviembre de 2019

CONTRATISTA:	FUNDACIÓN EL AGORA
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	900.193.182-4
ENTIDAD BANCARIA:	Bancolombia
TIPO DE CUENTA:	Cuenta Corriente
NÚMERO DE CUENTA:	019-391289-75
CONTRATO N°	ENV-13-30-0308-19
FECHA DEL CONTRATO:	13 de febrero de 2019
OBJETO DEL CONTRATO	Fortalecimiento del Programa Ampliado de Inmunizaciones PAI en el Municipio de Envigado, inmerso en la dimensión Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles del Plan Decenal.
VALOR ANTES DE IVA	\$ 76.334.457
VALOR IVA:	NA
VALOR TOTAL	\$ 76.334.457
FORMA DE PAGO	El pago lo hará el Municipio de Envigado, al Contratista, en la caja de la Tesorería Municipal o transferencia electrónica, se realizará en pagos parciales según servicios efectivamente prestados y recibidos a entera satisfacción por la supervisión del contrato, previa presentación de la cuenta de cobro o factura debidamente legalizada y 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 y tan pronto como el objeto esté totalmente cumplido y recibido a satisfacción por parte de la supervisión del contrato.
PLAZO INICIAL	10 Meses
FECHA DE INICIO	18 de febrero de 2019
FECHA DE SUSPENSIÓN	NA
FECHA DE REINICIO	NA
ACTA DE ADICION	NA
VALOR ADICION:	NA
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	\$ 76.334.457
FECHA DE ADICIÓN:	NA
ADICION TIEMPO:	NA
RDP VF NÚMERO	NA
FECHA	NA
VALOR	NA

5672
1010

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

 Alcaldía Municipal de Envigado	ACTA DE PAGO PARCIAL CONTRATO	Código: AR-F-015
		Versión: 09
		Página 2 de 3

COPIA CONTROLADA

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		
Periodo de Cotización			Certificado de Revisor Fiscal	x	
Fecha de pago			Periodo de Cotización	Octubre - Noviembre	
Valor base de cotización					
Salud					
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		12.718.627
2	Glosa(+)(-)		
3	Subtotal (1+2)		▼ 12.718.627
4	IVA	0%	
5	Impuesto al consumo	0%	
6	Valor Total Cuota (3+4+5)		12.718.627
7	Menos valor Amortización Anticipo= (3x% de anticipo)	0%	
8	Valor a Pagar del Acta (6-7)		12.718.627
Compensación			
9	Tipo de Impuesto		
10	Número de Factura		
11	Valor de la Factura		
Valor Total a Pagar (8-11)			12.718.627

Beneficiario del pago. (Diligenciar solo si tiene endoso)

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

 Alcaldía Municipal de Envigado	ACTA DE PAGO PARCIAL CONTRATO	Código: AR-F-015
		Versión: 09
		Página 3 de 3

COPIA CONTROLADA

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
01-110-20190189	23-01-2019	01-111-20190645	18-02-2019	24133020220010010020106	1	12.718.627

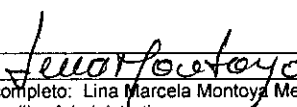
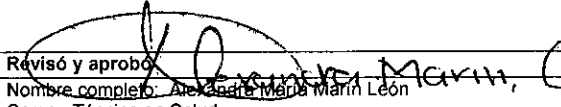
Para constancia firma:


JUAN JOSE URIBE MONTOYA
 Secretario de Salud

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: Lina Marcela Montoya Mejía Cargo: Auxiliar Administrativa Dependencia: Secretaría de Salud	Revisó y aprobó  Nombre completo: Alexandra María León Cargo: Técnica en Salud Dependencia: Secretaría de Salud
--	--

8904



FUNDACIÓN EL ÁGORA

Personería Jurídica por res. 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. 18763000752638 Fecha: 2019/09/30 habilita del 35991 al 40000

FACTURA N° 38234
DE VENTA

Señores: **MUNICIPIO DE ENVIGADO - NIT 890.907.106 5**
NIT. o C.C. **CARRERA 43 38SUR 35 ENVIGADO - TELÉFONO: 339 40 00** Fecha: D 25 M 11 A 2019

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	CANT.	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
	Cuarta cuota correspondiente al periodo octubre 1 a			\$ 12,718,627
	noviembre 22 de 2019, según contrato N° ENV-13-30-0308-19.			

Alcaldía de Envigado
0087803-0000007-20191126
1300 - 2019/11/26 16:11:08

Valor en letras **DOCE MILLONES SETECIENTOS DIECIOCHO MIL SEISCIENTOS VEINTISIETE**
PESOS M.L.

Cheque No. _____ Banco _____
Firma y sello **ANDRÉS CASTRILLÓN ESTRADA**
ENTIDAD SIN ÁNIMO DE LUCRO, NO EFECTUAR NINGÚN TIPO DE RETENCIONES

TOTAL \$ 12,718,627

VIGILADO Supersalud

INTEGRAF S.A.S NIT 800.240.6741 C.E. 00000015