FUNDACIÓN EL ÁGORA
NIT 900.193.182-4
CL 35 SUR 43 42
Tel: (034) 4440445
Envigado - Colombia
fundacion@elagora.org

Factura electrónica de venta
No. FEAG 7194

Señores	MUNICIPIO DE ENVIGADO		
NIT	890.907.106-5	**Teléfono**	3394000
Dirección	CR 43 38 S 35	**Ciudad**	Envigado - Colombia

Fecha y hora Factura	
Generación	18/10/2024, 11:00
Expedición	18/10/2024, 11:00
Vencimiento	02/12/2024

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Total
1	Prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión	1.00	115,983,526.00

Total items: 1

Valor en Letras:
Ciento quince millones novecientos ochenta y tres mil quinientos veintiseis pesos m/cte

Total Bruto	115,983,526.00
IVA 0%	0.00
Total a Pagar	115,983,526.00

Forma de pago:
Crédito

Medio de pago:
Instrumento no definido - Crédito - Cuota No. 001 vence el 2024-12-02 por $ 115,983,526.00

Alcaldía de Envigado
0067987-0000007-20241025
1100 - 2024/10/25 15:00:12

Observaciones:
Prestación de servicio de apoyo psicopedagógico a las instituciones del sector educativo oficial del Municipio de Envigado bajo el marco de la educación inclusiva, según contrato Nº ENV-12-09-0799-24

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 Electrónica 18764074152460 aprobado en 20240701 prefijo FEAG desde el número 6727 al 12000 Vigencia: 12 Meses**
Responsable de IVA - Actividad Económica 9499 Actividades de otras asociaciones n.c.p. Tarifa 0
CUFE: 3add009c2ba11e2eaecc977104521e7f1e48f553b408a543a4b9ea164096464a097649d47d38951c99cb40c9e0190a97

Fabricante Siigo SAS - Nit 830.048.145-8. Nombre Software: Siigo Nube. Firma electrónica: ver en el XML

ACTA NUMERO 09	
22 de octubre de 2024	
1. CONTRATO	
CONTRATISTA:	FUNDACIÓN EL ÁGORA
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	900.193.182-4
ENTIDAD BANCARIA:	BANCOLOMBIA
TIPO DE CUENTA:	CORRIENTE
NÚMERO DE CUENTA:	019-391289-75
CONTRATO Nº :	ENV-12-09-0799-24
FECHA DEL CONTRATO:	20 de marzo de 2024
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIO DE APOYO PSICOPEDAGÓGICO A LAS INSTITUCIONES DEL SECTOR EDUCATIVO OFICIAL DEL MUNICIPIO DE ENVIGADO BAJO EL MARCO DE LA EDUCACIÓN INCLUSIVA
PLAZO:	El plazo estimado para la ejecución del objeto contractual será de DOSCIENTOS SESENTA (260) días y en todo caso no podrá superar el 15 de diciembre de la correspondiente vigencia fiscal
FECHA DE INICIO:	2 de abril de 2024 (Esp. cuando sea urgencia manifiesta)
VALOR CONTRATO VIGENCIA:	Para esta contratación se cuenta con la suma de MIL TRESCIENTOS CUARENTA Y SIETE MILLONES SEISCIENTOS SESENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS SESENTA Y DOS PESOS ($1.347.666.622,00) IVA EXCLUIDO Respaldado en el CDP N.º 20240912, expedido por la Secretaría de Hacienda para la vigencia 2024
VALOR CONTRATO VIG. FUTURA:	0
VALOR IVA:	0
VALOR TOTAL:	Para esta contratación se cuenta con la suma de MIL TRESCIENTOS CUARENTA Y SIETE MILLONES SEISCIENTOS SESENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS SESENTA Y DOS PESOS ($1.347.666.622,00) IVA EXCLUIDO Respaldado en el CDP N.º 20240912, expedido por la Secretaría de Hacienda para la vigencia 2024

FORMA DE PAGO:	El Municipio de Envigado pagará al contratista el valor del presente contrato de acuerdo al Plan El pago lo hará el Municipio de Envigado, al Contratista, en la caja de la Tesorería Municipal o transferencia electrónica, previa presentación de la cuenta de cobro o factura debidamente legalizada, lo anterior, de conformidad con la Circular 20240000008 del 04 de enero de 2024 expedida por la Secretaría de Hacienda y Dirección Financiera y Contable referente a las fecha de cierres contables, vigencia 2024. En este sentido se contempla pagos parciales según servicio efectivamente prestado y recibido a entera satisfacción, según certificado y control del supervisor del contrato; 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, pago que se hará con sujeción al plan anual de caja P.A.C. Parágrafo 1: La FACTURA O CUENTA DE COBRO deberá estar acompañada de 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). Parágrafo 2: 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.
PERIODO A PAGAR:	Del 1 al 30 de septiembre de 2024
FECHA DE SUSPENSIÓN:	Día de mes de año.
FECHA DE REINICIO:	Día de mes de año.
ACTA DE ADICION:	N/A
FECHA DE ACTA ADICIÓN:	Día de mes de año.
VALOR ADICION:	0
PRORROGA:	X meses.
VALOR TOTAL DEL CONTRATO: (Valor contrato más adición)	Para esta contratación se cuenta con la suma de MIL TRESCIENTOS CUARENTA Y SIETE MILLONES SEISCIENTOS SESENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS SESENTA Y DOS PESOS ($1.347.666.622,00) IVA EXCLUIDO Respaldado en el CDP N.º 20240912, expedido por la Secretaría de Hacienda para la vigencia 2024

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 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 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 numero	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 antes de IVA			**$ 115.983.526**
2	Glosa(+)(-)			**0**
3	Subtotal (1+2)			**$ 115.983.526**
4	IVA	BASE 19%	$0	**0**
		BASE 5%	$0	
5	Impuesto al consumo		0%	**0**
6	Valor Total Cuota (3+4+5)			**$ 115.983.526**
7	Menos valor Amortización Anticipo= (3x% de anticipo)		0%	**0**
8	Valor a Pagar del Acta (6-7)			**$ 115.983.526**
Diligenciar los campos 9 – 10 – 11 solo si hay compensación				
9	Tipo de Impuesto			
10	Número de Factura			**0**
11	Valor de la Factura			**0**

Valor total a pagar al contratista (8-11)	**$ 115.983.526**

6. 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.

7. EJECUCIÓN PRESUPUESTAL

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**
01-110-20240912	18/03/2024	01-111-20241351	21/03/2024	2320202009000 0000022010719 2920001210000 42020015	2	**$ 115.983.526**

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 este acta (B)**	**Valor ajuste (C) (C = A - B)**	**Autoriza ajuste**	
					SI	**NO**
01-XX-20XXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	$ (A)	$ (B)	$ (C = A – B)	☐	☐

8. RESPONSABLES

Para constancia firma:

Firma	
Nombre del Ordenador del Gasto Cargo	JAZMÍN ANDREA GONZÁLEZ ARIAS Secretaria de Educación

Elaboró		Nombre completo: Cargo: Dependencia:	MABEL BOLAÑOS DUARTE LENIS ZAPATA YEPES PROFESIONAL UNIVERSITARIO

			CALIDAD Y COBERTURA EDUCATIVA
Revisó y aprobó	*espacio para firma*	Nombre completo: Cargo: Dependencia:	LEANDRO QUICENO CAÑAS DIRECTOR COBERTURA EDUCATIVA
Revisó	*espacio para firma*	Nombre completo: Cargo: Dependencia:	CHRISTIAN FELIPE MOROS MUÑOZ ABOGADO ASESOR SECRETARÍA DE EDUCACIÓN

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	MABEL BOLAÑOS DUARTE - LENIS ZAPATA YEPES
Correo electrónico:	Mabel.bolanos@envigado.gov.co – Lenis.zapata@envigado.gov.co

9. 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-053*

10. 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 y compras

FUNDACIÓN EL ÁGORA
NIT 900.193.182-4
CL 35 SUR 43 42
Tel: (034) 4440445
Envigado - Colombia
fundacion@elagora.org

Factura electrónica de venta
No. FEAG 7195

Señores	MUNICIPIO DE ENVIGADO		
NIT	890.907.106-5	**Teléfono**	3394000
Dirección	CR 43 38 S 35	**Ciudad**	Envigado - Colombia

Fecha y hora Factura	
Generación	18/10/2024, 11:04
Expedición	18/10/2024, 11:04
Vencimiento	02/12/2024

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Total
1	Prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión	1.00	42,489,146.00

Total items: 1

Valor en Letras:
Cuarenta y dos millones cuatrocientos ochenta y nueve mil ciento cuarenta y seis pesos m/cte

Total Bruto	42,489,146.00
IVA 0%	0.00
Total a Pagar	**42,489,146.00**

Forma de pago:
Crédito

Medio de pago:
Instrumento no definido - Crédito - Cuota No. 001 vence el 2024-12-02 por $ 42,489,146.00

Observaciones:
Prestación de servicio de apoyo psicopedagógico a las instituciones del sector educativo oficial del Municipio de Envigado bajo el marco de la educación inclusiva, según contrato Nº ENV-12-09-0799-24

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 Electrónica 18764074152460 aprobado en 20240701 prefijo FEAG desde el número 6727 al 12000 Vigencia: 12 Meses**
Responsable de IVA - Actividad Económica 9499 Actividades de otras asociaciones n.c.p. Tarifa 0
CUFE: 70b7ffe68eacd2b77171f6f368d8398302cd96044fd48754c32f7d358d1adc92f00afeb597f59c2aba5a3822985b3b45

Alcaldía de Envigado
0069874-0000007-20241101
1100 - 2024/11/01 16:48:30

RECIBIDO

Fabricante Software y Proveedor tecnológico: Siigo SAS - Nit 830.048.145-8. Nombre Software: Siigo Nube. Firma electrónica: ver en el XML

ACTA NUMERO 10	
1 de noviembre de 2024	
1. CONTRATO	
CONTRATISTA:	FUNDACIÓN EL ÁGORA
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	900.193.182-4
ENTIDAD BANCARIA:	BANCOLOMBIA
TIPO DE CUENTA:	CORRIENTE
NÚMERO DE CUENTA:	019-391289-75
CONTRATO Nº :	ENV-12-09-0799-24
FECHA DEL CONTRATO:	20 de marzo de 2024
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIO DE APOYO PSICOPEDAGÓGICO A LAS INSTITUCIONES DEL SECTOR EDUCATIVO OFICIAL DEL MUNICIPIO DE ENVIGADO BAJO EL MARCO DE LA EDUCACIÓN INCLUSIVA
PLAZO:	El plazo estimado para la ejecución del objeto contractual será de DOSCIENTOS SESENTA (260) días y en todo caso no podrá superar el 15 de diciembre de la correspondiente vigencia fiscal
FECHA DE INICIO:	2 de abril de 2024 (Esp. cuando sea urgencia manifiesta)
VALOR CONTRATO VIGENCIA:	Para esta contratación se cuenta con la suma de MIL TRESCIENTOS CUARENTA Y SIETE MILLONES SEISCIENTOS SESENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS SESENTA Y DOS PESOS ($1.347.666.622,00) IVA EXCLUIDO Respaldado en el CDP N.º 20240912, expedido por la Secretaría de Hacienda para la vigencia 2024
VALOR CONTRATO VIG. FUTURA:	0
VALOR IVA:	0
VALOR TOTAL:	Para esta contratación se cuenta con la suma de MIL TRESCIENTOS CUARENTA Y SIETE MILLONES SEISCIENTOS SESENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS SESENTA Y DOS PESOS ($1.347.666.622,00) IVA EXCLUIDO Respaldado en el CDP N.º 20240912, expedido por la Secretaría de Hacienda para la vigencia 2024

FORMA DE PAGO:	El Municipio de Envigado pagará al contratista el valor del presente contrato de acuerdo al Plan El pago lo hará el Municipio de Envigado, al Contratista, en la caja de la Tesorería Municipal o transferencia electrónica, previa presentación de la cuenta de cobro o factura debidamente legalizada, lo anterior, de conformidad con la Circular 20240000008 del 04 de enero de 2024 expedida por la Secretaría de Hacienda y Dirección Financiera y Contable referente a las fecha de cierres contables, vigencia 2024. En este sentido se contempla pagos parciales según servicio efectivamente prestado y recibido a entera satisfacción, según certificado y control del supervisor del contrato; 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, pago que se hará con sujeción al plan anual de caja P.A.C. Parágrafo 1: La FACTURA O CUENTA DE COBRO deberá estar acompañada de 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). Parágrafo 2: 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.
PERIODO A PAGAR:	Del 1 al 30 de septiembre de 2024
FECHA DE SUSPENSIÓN:	Día de mes de año.
FECHA DE REINICIO:	Día de mes de año.
ACTA DE ADICION:	
FECHA DE ACTA ADICIÓN:	Día de mes de año.
VALOR ADICION:	0
PRORROGA:	X meses.
VALOR TOTAL DEL CONTRATO: (Valor contrato más adición)	Para esta contratación se cuenta con la suma de MIL TRESCIENTOS CUARENTA Y SIETE MILLONES SEISCIENTOS SESENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS SESENTA Y DOS PESOS ($1.347.666.622,00) IVA EXCLUIDO Respaldado en el CDP N.º 20240912, expedido por la Secretaría de Hacienda para la vigencia 2024

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 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 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 numero	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 antes de IVA			**$ 42.489.146**
2	Glosa(+)(-)			**0**
3	Subtotal (1+2)			**$ 42.489.146**
4	IVA	BASE 19%	$0	**0**
		BASE 5%	$0	
5	Impuesto al consumo		0%	**0**
6	Valor Total Cuota (3+4+5)			**$ 42.489.146**
7	Menos valor Amortización Anticipo= (3x% de anticipo)		0%	**0**
8	Valor a Pagar del Acta (6-7)			**$ 42.489.146**
Diligenciar los campos 9 – 10 – 11 solo si hay compensación				
9	Tipo de Impuesto			
10	Número de Factura			**0**
11	Valor de la Factura			**0**

Valor total a pagar al contratista (8-11)	**$ 42.489.146**

6. 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.

7. EJECUCIÓN PRESUPUESTAL

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**
01-110-20240912	18/03/2024	01-111-20241351	21/03/2024	2320202006000 0000022010296 4114001230000 10020683	1	**$ 42.489.146**

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 este acta (B)**	**Valor ajuste (C) (C = A - B)**	**Autoriza ajuste**	
					SI	**NO**
01-XX-20XXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	$ (A)	$ (B)	$ (C = A – B)	☐	☐

8. RESPONSABLES

Para constancia firma:

Firma	espacio para firma
Nombre del Ordenador del Gasto Cargo	JAZMIN ANDREA GONZÁLEZ ARIAS Secretaria de Educación

Elaboró	espacio para firma	Nombre completo: Cargo: Dependencia:	MABEL BOLAÑOS DUARTE LENIS ZAPATA YEPES PROFESIONAL UNIVERSITARIO

			CALIDAD Y COBERTURA EDUCATIVA
Revisó y aprobó	*espacio para firma*	Nombre completo: Cargo: Dependencia:	LEANDRO QUICENO CAÑAS DIRECTOR COBERTURA EDUCATIVA
Revisó	*espacio para firma*	Nombre completo: Cargo: Dependencia:	CHRISTIAN FELIPE MOROS MUÑOZ ABOGADO ASESOR SECRETARÍA DE EDUCACIÓN

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	MABEL BOLAÑOS DUARTE - LENIS ZAPATA YEPES
Correo electrónico:	Mabel.bolanos@envigado.gov.co – Lenis.zapata@envigado.gov.co

9. 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-053*

10. 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 y compras

FUNDACIÓN EL AGORA
NIT 900.196.182-4
CL 35 SUR 43 42
Tel: (034) 4440445
Envigado - Colombia
fundacion@elagora.org

Factura electrónica de venta
No. FEAG 7314

				Fecha y hora Factura	
Señores	MUNICIPIO DE ENVIGADO			Generación	14/11/2024, 14:01
NIT	890.907.106-5	Teléfono	3394000	Expedición	14/11/2024, 14:01
Dirección	CR 43 38 S 35	Ciudad	Envigado - Colombia	Vencimiento	29/12/2024

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Total
1	Prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión	1.00	115,983,526.00

Total ítems: 1

Total Bruto	115,983,526.00
IVA 0%	0.00
Total a Pagar	115,983,526.00

Valor en Letras:
Ciento quince millones novecientos ochenta y tres mil quinientos veintiseis pesos m/cte

Forma de pago:
Crédito

Medio de pago:
Instrumento no definido - Crédito - Cuota No. 001 vence el 2024-12-29 por $ 115,983,526.00

Observaciones:
Prestación de servicio de apoyo psicopedagógico a las instituciones del sector educativo oficial del Municipio de Envigado bajo el marco de la educación inclusiva, según contrato N° ENV-12-09-0799-24

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 Electrónica 18764074152460 aprobado en 20240701 prefijo FEAG desde el número 6727 al 12000 Vigencia: 12 Meses**
Responsable de IVA - Actividad Economica 9499 Actividades de otras asociaciones n.c.p. Tarifa 0
CUFE: 958719f0768bb4e84fc7098ee16534fe2150ad9f7e51cc57792a406289d0b8c9aa92ed28859eb6dd409c4aea5e700fa5

Alcaldía de Envigado

0073133-0000007-20241119
1100 - 2024/11/19 10:54:35

ENV2024ER00608
14 NOV 2024

RECIBIDO

ACTA NUMERO 11

18 de noviembre de 2024

1. CONTRATO

CONTRATISTA:	FUNDACIÓN EL ÁGORA
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	900.193.182-4
ENTIDAD BANCARIA:	BANCOLOMBIA
TIPO DE CUENTA:	CORRIENTE
NÚMERO DE CUENTA:	019-391289-75
CONTRATO Nº :	ENV-12-09-0799-24
FECHA DEL CONTRATO:	20 de marzo de 2024
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIO DE APOYO PSICOPEDAGÓGICO A LAS INSTITUCIONES DEL SECTOR EDUCATIVO OFICIAL DEL MUNICIPIO DE ENVIGADO BAJO EL MARCO DE LA EDUCACIÓN INCLUSIVA
PLAZO:	El plazo estimado para la ejecución del objeto contractual será de DOSCIENTOS SESENTA (260) días y en todo caso no podrá superar el 15 de diciembre de la correspondiente vigencia fiscal
FECHA DE INICIO:	2 de abril de 2024 (Esp. cuando sea urgencia manifiesta)
VALOR CONTRATO VIGENCIA:	Para esta contratación se cuenta con la suma de MIL TRESCIENTOS CUARENTA Y SIETE MILLONES SEISCIENTOS SESENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS SESENTA Y DOS PESOS ($1.347.666.622,00) IVA EXCLUIDO Respaldado en el CDP N.º 20240912, expedido por la Secretaría de Hacienda para la vigencia 2024
VALOR CONTRATO VIG. FUTURA:	0
VALOR IVA:	0
VALOR TOTAL:	Para esta contratación se cuenta con la suma de MIL TRESCIENTOS CUARENTA Y SIETE MILLONES SEISCIENTOS SESENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS SESENTA Y DOS PESOS ($1.347.666.622,00) IVA EXCLUIDO Respaldado en el CDP N.º 20240912, expedido por la Secretaría de Hacienda para la vigencia 2024

FORMA DE PAGO:	El Municipio de Envigado pagará al contratista el valor del presente contrato de acuerdo al Plan El pago lo hará el Municipio de Envigado, al Contratista, en la caja de la Tesorería Municipal o transferencia electrónica, previa presentación de la cuenta de cobro o factura debidamente legalizada, lo anterior, de conformidad con la Circular 20240000008 del 04 de enero de 2024 expedida por la Secretaría de Hacienda y Dirección Financiera y Contable referente a las fecha de cierres contables, vigencia 2024. En este sentido se contempla pagos parciales según servicio efectivamente prestado y recibido a entera satisfacción, según certificado y control del supervisor del contrato; 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, pago que se hará con sujeción al plan anual de caja P.A.C. Parágrafo 1: La FACTURA O CUENTA DE COBRO deberá estar acompañada de 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). Parágrafo 2: 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.
PERIODO A PAGAR:	DEL 1 AL 31 DE OCTUBRE DE 2024
FECHA DE SUSPENSIÓN:	Día de mes de año.
FECHA DE REINICIO:	Día de mes de año.
ACTA DE ADICION:	N/A
FECHA DE ACTA ADICIÓN:	Día de mes de año.
VALOR ADICION:	$
PRORROGA:	X meses.
VALOR TOTAL DEL CONTRATO: **(Valor contrato más adición)**	Para esta contratación se cuenta con la suma de MIL TRESCIENTOS CUARENTA Y SIETE MILLONES SEISCIENTOS SESENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS SESENTA Y DOS PESOS ($1.347.666.622,00) IVA EXCLUIDO Respaldado en el CDP N.º 20240912, expedido por la Secretaría de Hacienda para la vigencia 2024

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 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 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 numero	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 antes de IVA			**$115.983.526**
2	Glosa(+)(-)			**$0**
3	Subtotal (1+2)			**$115.983.526**
4	IVA	BASE 0%	$0	**$0**
		BASE 0%	$0	
5	Impuesto al consumo		0%	**$0**
6	Valor Total Cuota (3+4+5)			**$115.983.526**
7	Menos valor Amortización Anticipo= (3x% de anticipo)		0%	**$0**
8	Valor a Pagar del Acta (6-7)			**$115.983.526**
Diligenciar los campos 9 – 10 – 11 solo si hay compensación				
9	Tipo de Impuesto			
10	Número de Factura			**$0**
11	Valor de la Factura			**$0**

Valor total a pagar al contratista (8-11)	**$115.983.526**

6. 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.

7. EJECUCIÓN PRESUPUESTAL

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
01-110-20240912	18/03/2024	01-111-20241351	21/03/2024	2320202009000 0000022010719 2920001210000 42020015	2	**$115.983.526**

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 este acta (B)	Valor ajuste (C) (C = A - B)	Autoriza ajuste	
					SI	NO
01-XX-20XXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	$ (A)	$ (B)	$ (C = A – B)	☐	☐

8. RESPONSABLES

Para constancia firma:

Firma	espacio para firma
Nombre del Ordenador del Gasto Cargo	**GABRIEL CAMILO RODRIGUEZ ZAPATA** Secretario de Educación (E)

Elaboró	Mabel Bol. Lenis D.	Nombre completo: Cargo: Dependencia:	MABEL BOLAÑOS DUARTE - LENIS ZAPATA YEPES

			PROFESIONAL UNIVERSITARIO CALIDAD - COBERTURA EDUCATIVA
Revisó y aprobó	espacio para firma	Nombre completo: Cargo: Dependencia:	LEANDRO QUICENO CAÑAS DIRECTOR COBERTURA EDUCATIVA
Revisó	espacio para firma	Nombre completo: Cargo: Dependencia:	CHRISTIAN FELIPE MOROS MUÑOZ ABOGADO ASESOR SECRETARÍA DE EDUCACIÓN

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	MABEL BOLAÑOS DUARTE - LENIS ZAPATA YEPES
Correo electrónico:	Mabel.bolanos@envigado.gov.co – Lenis.zapata@envigado.gov.co

9. 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-053*

10. 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 y compras

FUNDACIÓN EL ÁGORA
NIT 900.193.182-4
CL 35 SUR 43 42
Tel: (034) 4440445
Envigado - Colombia
fundacion@elagora.org

Factura electrónica de venta
No. FEAG 7315

Señores	MUNICIPIO DE ENVIGADO		
NIT	890.907.106-5	Teléfono	3394000
Dirección	CR 43 38 S 35	Ciudad	Envigado - Colombia

Fecha y hora Factura

Generación	14/11/2024, 14:06
Expedición	14/11/2024, 14:06
Vencimiento	29/12/2024

Item	Descripción	Cantidad	Vr. Total
1	Prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestion	1.00	45,000,346.00

Total items: 1

Total Bruto	45,000,346.00
IVA 0%	0.00
Total a Pagar	45,000,346.00

Valor en Letras:
Cuarenta y cinco millones trescientos cuarenta y seis pesos m/cte

Forma de pago:
Crédito

Medio de pago:
Instrumento no definido - Crédito - Cuota No. 001 vence el 2024-12-29 por $ 45,000,346.00

Observaciones:
Prestación de servicio de apoyo psicopedagógico a las instituciones del sector educativo oficial del Municipio de Envigado bajo el marco de la educación inclusiva, según contrato Nº ENV-12-09-0799-24

Factura Electrónica de Venta y Documento Equivalente Siigo SAS - Nit 830.048.148-6 Nombre Software: Siigo Nube. Firma electrónica según el D.R.S.

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 Electrónica 18764074152460 aprobado en 20240701 prefijo FEAG desde el número 6727 al 12000 Vigencia: 12 Meses**
Responsable de IVA - Actividad Económica 9499 Actividades de otras asociaciones n.c.p. Tarifa 0
CUFE: 490dfbd9ad689ff55d2dd9674f9dc6d2f1a248983d1f993aba72ddf0f28025f345032d21c3007425d2dfec6265e386cf

ENV2024EROO60985
14 NOV 2024

Alcaldía de Envigado
0073134-0000007-20241119
1100 - 2024/11/19 10:55:12

ACTA NUMERO 12	
18 de noviembre de 2024	
1. CONTRATO	
CONTRATISTA:	FUNDACIÓN EL ÁGORA
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	900.193.182-4
ENTIDAD BANCARIA:	BANCOLOMBIA
TIPO DE CUENTA:	CORRIENTE
NÚMERO DE CUENTA:	019-391289-75
CONTRATO Nº :	ENV-12-09-0799-24
FECHA DEL CONTRATO:	20 de marzo de 2024
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIO DE APOYO PSICOPEDAGÓGICO A LAS INSTITUCIONES DEL SECTOR EDUCATIVO OFICIAL DEL MUNICIPIO DE ENVIGADO BAJO EL MARCO DE LA EDUCACIÓN INCLUSIVA
PLAZO:	El plazo estimado para la ejecución del objeto contractual será de DOSCIENTOS SESENTA (260) días y en todo caso no podrá superar el 15 de diciembre de la correspondiente vigencia fiscal
FECHA DE INICIO:	2 de abril de 2024 (Esp. cuando sea urgencia manifiesta)
VALOR CONTRATO VIGENCIA:	Para esta contratación se cuenta con la suma de MIL TRESCIENTOS CUARENTA Y SIETE MILLONES SEISCIENTOS SESENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS SESENTA Y DOS PESOS ($1.347.666.622,00) IVA EXCLUIDO Respaldado en el CDP N.º 20240912, expedido por la Secretaría de Hacienda para la vigencia 2024
VALOR CONTRATO VIG. FUTURA:	0
VALOR IVA:	0
VALOR TOTAL:	Para esta contratación se cuenta con la suma de MIL TRESCIENTOS CUARENTA Y SIETE MILLONES SEISCIENTOS SESENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS SESENTA Y DOS PESOS ($1.347.666.622,00) IVA EXCLUIDO Respaldado en el CDP N.º 20240912, expedido por la Secretaría de Hacienda para la vigencia 2024

FORMA DE PAGO:	El Municipio de Envigado pagará al contratista el valor del presente contrato de acuerdo al Plan El pago lo hará el Municipio de Envigado, al Contratista, en la caja de la Tesorería Municipal o transferencia electrónica, previa presentación de la cuenta de cobro o factura debidamente legalizada, lo anterior, de conformidad con la Circular 20240000008 del 04 de enero de 2024 expedida por la Secretaría de Hacienda y Dirección Financiera y Contable referente a las fecha de cierres contables, vigencia 2024. En este sentido se contempla pagos parciales según servicio efectivamente prestado y recibido a entera satisfacción, según certificado y control del supervisor del contrato; 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, pago que se hará con sujeción al plan anual de caja P.A.C. Parágrafo 1: La FACTURA O CUENTA DE COBRO deberá estar acompañada de 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). Parágrafo 2: 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.
PERIODO A PAGAR:	DEL 1 AL 31 DE OCTUBRE DE 2024
FECHA DE SUSPENSIÓN:	Día de mes de año.
FECHA DE REINICIO:	Día de mes de año.
ACTA DE ADICION:	N/A
FECHA DE ACTA ADICIÓN:	Día de mes de año.
VALOR ADICION:	$
PRORROGA:	X meses.
VALOR TOTAL DEL CONTRATO: **(Valor contrato más adición)**	Para esta contratación se cuenta con la suma de MIL TRESCIENTOS CUARENTA Y SIETE MILLONES SEISCIENTOS SESENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS SESENTA Y DOS PESOS ($1.347.666.622,00) IVA EXCLUIDO Respaldado en el CDP N.º 20240912, expedido por la Secretaría de Hacienda para la vigencia 2024

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 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 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 numero	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 antes de IVA			**$45.000.346**
2	Glosa(+)(-)			**$0**
3	Subtotal (1+2)			**$45.000.346**
4	IVA	BASE 0%	$0	**$0**
		BASE 0%	$0	
5	Impuesto al consumo		0%	**$0**
6	Valor Total Cuota (3+4+5)			**$45.000.346**
7	Menos valor Amortización Anticipo= (3x% de anticipo)		0%	**$0**
8	Valor a Pagar del Acta (6-7)			**$45.000.346**
Diligenciar los campos 9 – 10 – 11 solo si hay compensación				
9	Tipo de Impuesto			
10	Número de Factura			**$0**
11	Valor de la Factura			**$0**

Valor total a pagar al contratista (8-11)	**$45.000.346**

6. 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.

7. EJECUCIÓN PRESUPUESTAL

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**
01-110-20240912	18/03/2024	01-111-20241351	21/03/2024	2320202009000 0000022010339 2920001230000 10020015	1	**$45.000.346**

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 este acta (B)**	**Valor ajuste (C) (C = A - B)**	**Autoriza ajuste**	
					SI	**NO**
01-XX-20XXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	$ (A)	$ (B)	$ (C = A – B)	☐	☐

8. RESPONSABLES

Para constancia firma:

Firma	espacio para firma
Nombre del Ordenador del Gasto Cargo	**GABRIEL CAMILO RODRIGUEZ ZAPATA** Secretario de Educación (E)

Elaboró	espacio para firma	Nombre completo: Cargo: Dependencia:	MABEL BOLAÑOS DUARTE - LENIS ZAPATA YEPES

			PROFESIONAL UNIVERSITARIO CALIDAD - COBERTURA EDUCATIVA
Revisó y aprobó	*espacio para firma*	Nombre completo: Cargo: Dependencia:	LEANDRO QUICENO CAÑAS DIRECTOR COBERTURA EDUCATIVA
Revisó	*espacio para firma*	Nombre completo: Cargo: Dependencia:	CHRISTIAN FELIPE MOROS MUÑOZ ABOGADO ASESOR SECRETARÍA DE EDUCACIÓN

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	MABEL BOLAÑOS DUARTE - LENIS ZAPATA YEPES
Correo electrónico:	Mabel.bolanos@envigado.gov.co – Lenis.zapata@envigado.gov.co

9. 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-053*

10. 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 y compras