Copia.

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 8631

Señores	MUNICIPIO DE ENVIGADO		
NIT	890.907.106-5	**Teléfono**	(000) 3394000
Dirección	CR 43 38 S 35	**Ciudad**	Envigado - Colombia

Fecha y hora Factura	
Generación	10/12/2025, 11:12
Expedición	10/12/2025, 11:12
Vencimiento	24/01/2026

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Total
1	Prestación de servicio de apoyo psicosocial a las instituciones del sector educativo oficial del mun	1.00	26,661,271.00

Alcaldía de Envigado

0088200-0000007-20251215
1100 - 2025/12/15 09:09:34

ALCALDÍA DE ENVIGADO
15 DIC 2025
RECIBIDO

Total items: 1

Valor en Letras:
Veintiseis millones seiscientos sesenta y un mil doscientos setenta y un pesos m/cte

Forma de pago:
Crédito

Medio de pago:
Instrumento no definido - Crédito - Cuota No. 001 vence el 2026-01-24 por $ 26,661,271.00

Total Bruto	26,661,271.00
IVA 0%	0.00
Total a Pagar	**26,661,271.00**

Observaciones:
Prestación de servicio de apoyo psicosocial a las instituciones del sector educativo oficial del Municipio de Envigado bajo el marco de la educación inclusiva, según contrato Nº ENV-12-09-0952-25

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 18764095058463 aprobado en 20250701 prefijo FEAG desde el número 8264 al 12000 Vigencia: 12 Meses**
Responsable de IVA - Actividad Económica 9499 Actividades de otras asociaciones n.c.p. Tarifa 0
CUFE: afce1ff7924c76cf0ffe351f093cac7d8c8b3b20a9a95662631d7402f2540f416be6842ddcf0b15039ea93b7c6152be1

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

ACTA NUMERO 12

15 de diciembre de 2025

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-12-09-0952-25
FECHA DEL CONTRATO:	12 de marzo de 2025
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIO DE APOYO PSICOSOCIAL 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 NUEVE (9) MESES y en todo caso no podrá superar el 15 de diciembre de la correspondiente vigencia fiscal.
FECHA DE INICIO:	18 de marzo de 2025 (Esp. cuando sea urgencia manifiesta)
VALOR CONTRATO VIGENCIA:	$1.908.283.036
VALOR CONTRATO VIG. FUTURA:	0
VALOR IVA:	0
VALOR TOTAL:	$1.908.283.036
FORMA DE PAGO:	El municipio de Envigado, pagará al contratista el valor del presente contrato en cuotas mensuales y proporcionales al servicio efectivamente prestado de acuerdo al PAC, (Plan Anual de Caja) de la siguiente manera:

ITEM	VALOR CUOTA
CUOTA 1 – ABRIL	$ 212.031.448
CUOTA 2 – MAYO	$ 212.031.448
CUOTA 3 – JUNIO	$ 212.031.448
CUOTA 4 – JULIO	$ 212.031.448
CUOTA 5 – AGOSTO	$ 212.031.448
CUOTA 6 – SEPTIEMBRE	$ 212.031.448
CUOTA 7 – OCTUBRE	$ 212.031.448
CUOTA 8 – NOVIEMBRE	$ 212.031.450
CUOTA 9 – DICIEMBRE	$ 212.031.450
TOTAL	**$ 1.908.283.036**

	Lo anterior, de conformidad con la Circular No. 20250000003 del 09 de enero de 2025 expedida por la Secretaría de Hacienda y Dirección Financiera y Contable referente a las fecha de cierres contables, vigencia 2025; previa presentación de la cuenta y/o factura debidamente legalizada. ***Parágrafo 1**.: La FACTURA O CUENTA DE COBRO expedida deberá llenar los requisitos legales (artículo 617) del Estatuto Tributario y deberá estar acompañada de la certificación que se encuentra a paz y Salvo por concepto de pago de la Seguridad Social integral (salud, pensiones y riesgos laborales) así como parafiscales, cuando corresponda; Informe de actividades del objeto contractual con corte cada 30 días, debidamente aprobada por el supervisor del contrato, así como el certificado de recibo a entera satisfacción por parte del supervisor.* ***Parágrafo 2**.: El pago se realizará a través de transferencia electrónica a la cuenta reportada por el contratista. El municipio podrá retener cualquier monto que deba pagar el contratista por la prestación de los servicios cuando haya incumplido alguna de las obligaciones, y se liberarán los saldos retenidos cuando el contratista subsane el incumplimiento y satisfaga las reclamaciones o requerimientos presentados. De los pagos se descontarán los impuestos respectivos que apliquen según el régimen tributario del contratista, cuya verificación se hará por parte de la Secretaría de Hacienda.* ***Parágrafo 3**.: 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.*
RIODO A PAGAR:	Del 1 al 15 de diciembre de 2025
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:	$
TIEMPO DE ADICION:	X meses.
VALOR TOTAL DEL CONTRATO: (Valor contrato más adición)	$1.908.283.036

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 número	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				**$26.661.271**
2	Glosa(+)(-)				**0**
3	Subtotal (=1+2)				**$26.661.271**
	Concepto de Impuesto	**% Impuesto**	**Base**	**Valor Impuesto**	**Totales Impuestos**
4	IVA	19%	$	$	**0**
		5%	$	$	
5	Impuesto al consumo	XX%	$	$	**0**
6	**Total Impuestos (=4+5)**				**0**
7	**Valor Total Cuota (=3+6)**				**$26.661.271**
8	Menos valor Amortización Anticipo= (3x% de anticipo)			XX%	**0**
9	**Valor a Pagar del Acta (=7-8)**				**$26.661.271**
Diligenciar los campos 10, 11 y 12 solo si hay compensación					
10	Tipo de Impuesto				
11	Número de Factura				
12	Valor de la Factura				**0**
Valor total a pagar al contratista (=9-12)					**$26.661.271**

6. DEDUCCIONES APLICABLES			
#	Concepto	Marcar SI aplica o NO, de acuerdo con los estudios previos	
		SI	NO
1	Impuesto de Industria y Comercio		X
2	Tasa Prodeporte y Recreación		X
3	Estampilla Procultura		X
4	Estampilla para el Bienestar del Adulto Mayor		X
5	Estampilla ProDesarrollo Institución Universitaria de Envigado (IUE)		X
6.	Contribución especial sobre contratos de obra pública		X

7. FACTURAS PRECONTRACTUALES			
#	Concepto	# Factura de Rentas varias	Fecha de Pago
1	Impuesto de timbre		

8. 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.		

9. 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
01-110-20250930	17/02/2025	01-111-20251290	14/03/2025	2320202009000000022010339292000123000010020012	1	**$26.661.271**

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

01-111-20251290	2320202009000000 0022010339292000 123000010020012	$133.582.800	$114.515.940	$19.066.860	☒	☐
01-111-20251290	2320202009000000 0022010339292000 121000042020012	$1.774.700.236	$1.659.546.947	$115.153.289	☒	☐

10. RESPONSABLES

Para constancia firma:

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

Elaboró	*espacio para firma*	Nombre completo: Cargo: Dependencia:	MABEL BOLAÑOS DUARTE LENIS ZAPATA YEPES PROFESIONALES UNIVERSITARIOS CALIDAD EDUCATIVA
Revisó	*espacio para firma*	Nombre completo: Cargo: Dependencia:	CHRISTIAN FELIPE MOROS MUÑOZ ABOGADO ASESOR SECRETARÍA DE EDUCACIÓN
Revisó y aprobó	*espacio para firma*	Nombre completo: Cargo: Dependencia:	ERIKA ANDREA LEGARDA CICERO DIRECTORA CALIDAD EDUCATIVA

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

11. 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-052*

12. 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