ALCALDÍA DE ENVIGADO

BPAG_A

324 - TRANSFERENCIA ELECTRONICA

Documento de Pago : 324 - 202600392 **Fecha :** 14-JAN-2026

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

Documento de Causación: 202-202514012 **Radicado :** 88930

Contrato: ENV-13-25-1161-25 **Acta de pago :** # 06

Tercero : 900193182 - FUNDACION EL AGORA

Beneficiario : 900193182 - FUNDACION EL AGORA

Cuenta Beneficiario	Entidad Financiera	Tipo de Cuenta
01939128975	BANCOLOMBIA	C

Concepto: ACTA PAGO 6 CO ENV-13-25-1161-25 NOV-DIC 2025 AUNAR ESFUERZOS PARA BRINDAR ATENCIÓN INTEGRAL A LAS FAMILIAS GESTANTES, FAMILIAS LACTANTES, NIÑAS Y NIÑOS MENORES DE DOS AÑOS PERTENECIENTES A LA ESTRATEGIA MIL DÍAS PARA CRECER ACUNANDO DEL MUNICIPIO DE ENVIGADO

Cuenta		Descripción	Valor
202	202514012	FUNDACION EL AGORA	123,650,185.00
			123,650,185.00

Elaboró

Revisó

Aprobó

Fecha de Aplicacion: 14-JAN-2026 Usuario: ELIDARRAGA Terminal: ENVIGADOVALCTESPRO19

ALCALDÍA DE ENVIGADO

02 ENE 2026
02 ENE 2025
8:57

CUENTA POR PAGAR

Beneficiario : FUNDACION EL AGORA — **CC-NIT:** 900193182 — **Fecha:** 30-12-2025

Direccion : CR 42 38 SUR 060 — **Telefono :** 3321728 — **Fecha Vencimiento :** 30-12-2025

Observacion: ACTA PAGO 6 CO ENV-13-25-1161-25 NOV DIC 2025 AUNAR ESFUERZOS PARA BRINDAR ATENCIÓN INTEGRAL A LAS FAMILIAS GESTANTES, FAMILIAS LACTANTES, NIÑAS Y NIÑOS MENORES DE DOS AÑOS PERTENECIENTES A LA ESTRATEGIA MIL DÍAS PARA CRECER ACUNANDO DEL MUNICIPIO DE ENVIGADO

Valor Bruto : 123,650,185.00

CXP. No. 202 — 202514012

Factura No. FEAG — 88930

Soporte : CONTRATO No. ENV-13-25-1161-25 # 06

Tipo Cuenta: C

N. Cta Bancaria: 01939128975 — **Nombre Entidad Financiera:** BANCOLOMBIA

Conceptos de Gasto, Costo, Compra o Traslado de Recaudos a Tercero

Concepto	Descripcion del Concepto	Valor del Concepto
9991	HONORARIOS PERSONA JURIDICA SEC SALUD	48,617,083.00
9991	HONORARIOS PERSONA JURIDICA SEC SALUD	27,260,273.00
9991	HONORARIOS PERSONA JURIDICA SEC SALUD	47,772,829.00

Movimiento Presupuestal

RP	Codigo	Fuente	CI	Cta. Financiera	Valor
20251546 3	2320202009000000001905028929130013310021002076 4	3 - 100	01	RP BBVA 1985 FLS	27,260,273.00
20251546 4	2320202009000000001905028929130013310021002076 4	3 - 100	01	RP BBVA 1985 FLS	47,772,829.00
20251546 2	2320202009000000001905028929190013310021002076 4	3 - 100	01	RP BBVA 1985 FLS	48,617,083.00

Movimiento Contable

Cta. Contable	Descripcion	Tercero	CI	Debito	Credito
249054	Honorarios	900193182	01		27,260,273.00
249054	Honorarios	900193182	01		48,617,083.00
249054	Honorarios	900193182	01		47,772,829.00
55020528	Honorarios	900193182	01	27,260,273.00	
55020528	Honorarios	900193182	01	48,617,083.00	
55020528	Honorarios	900193182	01	47,772,829.00	

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 : $ 123,650,185.00 CIENTO VEINTITRES MILLONES SEISCIENTOS CINCUENTA MIL CIENTO OCHENTA Y CINCO PESO(S) CON 0/100 M/CTE

ESTADO ACTIVO.

SALDO :$ 123,650,185.00

RADICADO: 88930

CONRADO ANTONIO ESPINOSA ESPINOS
Elaborado Cuentas por Pagar

CESAR CAMILO MESA VELEZ
Solicitado Por:

REVISADO
Tesorería

NELSON ENRIQUE MONSALVE
Autorizado Por:

90 | Falta indexar. ¡Gracias! Alejandro A. 30

el Ágora

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 8645

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	15/12/2025, 10:24
Expedición	15/12/2025, 10:24
Vencimiento	29/01/2026

9991

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Total
1	Aportes para cubrir costos y gastos	1.00	123,650,185.33

Alcaldía de Envigado
0088930-0000007-20251215
1300 - 2025/12/15 15:35:02

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

Total Ítems: 1

Total Bruto	123,650,185.33
Total a Pagar	123,650,185.33

Valor en Letras:
Ciento veintitres millones seiscientos cincuenta mil ciento ochenta y cinco pesos m/cte con treinta y tres cent.

Forma de pago:
Crédito

Medio de pago:
Instrumento no definido - Crédito - Cuota No. 001 vence el 2026-01-29 por $ 123,650,185.33

Observaciones:
Aportes del Municipio de Envigado para cubrir los costos y gastos, según contrato Nº ENV-13-25-1161-25

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: b0c55a68341225084e02aedf635f1b3e520ba28591073f926a45c7ffed7187d6048091840 8e55957f6dda1a5f7bbe4c

ACTA NUMERO 06	
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:	01939128975
CONTRATO Nº :	ENV-13-25-1161-25
FECHA DEL CONTRATO:	24 de abril de 2025
OBJETO DEL CONTRATO:	Aunar esfuerzos para brindar atención integral a las familias gestantes, familias lactantes, niñas y niños menores de dos años pertenecientes a la estrategia mil días para crecer acunando del municipio de Envigado.
PLAZO:	8 Meses
FECHA DE INICIO:	25 de abril de 2025 (Esp. cuando sea urgencia manifiesta)
VALOR CONTRATO VIGENCIA:	$424.620.237
VALOR CONTRATO VIG. FUTURA:	$
VALOR IVA:	$
VALOR TOTAL:	$424.620.237
FORMA DE PAGO:	EL MUNICIPIO de Envigado pagará al contratista el valor del presente contrato de acuerdo al PAC, (Plan Anual de Caja) en cuotas parciales, según los servicios efectivamente prestados por mes (actividades), previo recibido a entera satisfacción e informe del supervisor del contrato. Lo anterior, de conformidad con la Circular que para los efectos contables, emita la Secretaría de Hacienda y Dirección Financiera y Contable referente a las fecha de cierres contables para la vigencia 2025; 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 (salud, pensiones y Riesgos Laborales), previa presentación de su informe de gestión mensual y certificación del recibo a entera satisfacción por parte del supervisor. En caso de que los aportes por parte del asociado se realicen en dinero, los rendimientos financieros que se generen serán de propiedad del Municipio de Envigado. **PARÁGRAFO**: 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.
PERIODO A PAGAR:	1 de noviembre al 30 de diciembre 2025
FECHA DE SUSPENSIÓN:	No aplica
FECHA DE REINICIO:	No aplica
ACTA DE ADICION:	No aplica

FECHA DE ACTA ADICIÓN:	No aplica
VALOR ADICION:	$
TIEMPO DE ADICION:	No aplica
VALOR TOTAL DEL CONTRATO: (Valor contrato más adición)	$424.620.237

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	**$123.650.185**
2	Glosa(+)(-)	**$**
3	Subtotal (=1+2)	**$123.650.185**

	Concepto de Impuesto	% Impuesto	Base	Valor Impuesto	Totales Impuestos
4	IVA	19%	$	$	$
		5%	$	$	
5	Impuesto al consumo	XX%	$	$	$
6	**Total Impuestos (=4+5)**				$
7	**Valor Total Cuota (=3+6)**				**$123.650.185**
8	Menos valor Amortización Anticipo= (3x% de anticipo)			XX%	$
9	**Valor a Pagar del Acta (=7-8)**				**$123.650.185**
Diligenciar los campos 9, 10 y 11 solo si hay compensación					
10	Tipo de Impuesto				$
11	Número de Factura				$
12	Valor de la Factura				$
Valor total a pagar al contratista (=9-12)					**$123.650.185**

6. DEDUCCIONES APLICABLES

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

7. FACTURAS PRECONTRACTUALES

#	Concepto	# Factura de Rentas varias	Fecha de Pago
1	Impuesto de timbre	232822791	25-abril-2025

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
01-110-20251175	21/04/2025	**01-111-20251546**	25/04/2025	23202020090000000001905028929190013310021002076 4	2	$48.617.083
01-110-20251075	19/03/2025	**01-111-20251546**	25/04/2025	23202020090000000001905028929130013310021002076 4	3	$27.260.273
01-110-20251175	21/04/2025	**01-111-20251546**	25/04/2025	23202020090000000001905028929130013310021002076 4	4	$47.772.829

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
01-111-20251546	23202020090000000019050289291900133100210020764	**$100.000.000**	**$100.000.000**	**$0**	☐	☒
01-111-20251546	23202020090000000019050289291900133100210020764	**$48.617.083**	**$48.617.083**	**$0**	☐	☒
01-111-20251546	23202020090000000019050289291300133100210020764	**$100.000.000**	**$100.000.000**	**$0**	☐	☒
01-111-20251546	23202020090000000019050289291300133100210020764	**$48.617.083**	**$47.772.829**	**$844.254**	☒	☐

10. RESPONSABLES

Para constancia firma:

Firma	Salomé Londoño Zapata Secretaria de Salud
Nombre del Ordenador del Gasto Cargo	

Elaboró	*espacio para firma* Johana Rodas O	Nombre completo: Cargo: Dependencia:	Johana Rodas Osorio Contratista Financiera Secretaria de Salud-Dirección Seguridad Alimentaria
Revisó	*espacio para firma* Carolina Mesa V	Nombre completo: Cargo: Dependencia:	Diana Carolina Mesa Valencia Profesional Universitaria Secretaria de Salud-Dirección Seguridad Alimentaria
Aprobó	*espacio para firma* Alejandro Arcila	Nombre completo: Cargo: Dependencia:	Alejandro Arcila Mesa Director Seguridad Alimentaria y Nutricional Secretaria de Salud-Dirección Seguridad Alimentaria

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	Diana Carolina Mesa Valencia
Correo electrónico:	Diana.mesa@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	N/A	**Número Documento Entrada**	**N/A**
		Número Documento de Salida	**N/A**

Aplica para contratos de obra y compras