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 9180

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	24/08/2026, 11:32
Expedición	24/08/2026, 11:32
Vencimiento	08/10/2026

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Total
1	Aunar esfuerzos para brindar atención integral en procesos formativos y educativos 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	1.00	47,445,399.00

Alcaldía de Envigado
0060470-0000007-20260824
1100 - 2026/08/24 16:40:27

Total items: 1

Valor en Letras:
Cuarenta y siete millones cuatrocientos cuarenta y cinco mil trescientos noventa y nueve pesos m/cte

Total Bruto	47,445,399.00
Total a Pagar	**47,445,399.00**

Forma de pago:
Crédito

Medio de pago:
Instrumento no definido - Crédito - Cuota No. 001 vence el 2026-10-08 por $ 47,445,399.00

Observaciones:
Aunar esfuerzos para brindar atención integral en procesos formativos y educativos 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,en ejecución del contrato N° ENV-13-25-1092-26

CONTE[illegible]OS

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 18764111995423 aprobado en 20260701 prefijo FEAG desde el número 9067 al 12000 Vigencia: 12 Meses**
Responsable de IVA - Actividad Económica 9499 Actividades de otras asociaciones n.c.p. Tarifa 0
CUFE: a245f879cef67be2d3bd39d0f9835bbb0ad1c00bdc35ec223e989ec2831fc6ab43e448419b01ffc8bc5c88fa3213febe

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

ACTA NUMERO 06			
24 de Agosto de 2026			
1. CONTRATO			
CONTRATISTA:	Fundación el Ágora		
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	900.193.182-4		
ENTIDAD BANCARIA:	Bancolombia		
TIPO DE CUENTA:	Corriente		
NÚMERO DE CUENTA:	01939128975		
TIPO DE CONTRATO / ORDEN DE COMPRA / CONVENIO: Marque X	**CONTRATO** ☐	**ORDEN DE COMPRA** ☐	**CONVENIO** ☒
CONVENIO/CONTRATO N.º:	ENV-13-25-1092-26		
FECHA DEL CONTRATO/CONVENIO:	27 de enero de 2026		
OBJETO DEL CONTRATO/CONVENIO:	Aunar esfuerzos para brindar atención integral en procesos formativos y educativos 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:	213 días		
FECHA DE INICIO:	16 de febrero de 2022 (Esp. cuando sea urgencia manifiesta)		
VALOR CONTRATO/CONVENIO VIGENCIA:	$442.857.143		
VALOR CONTRATO/CONVENIO VIG. FUTURA:	$0		
VALOR IVA:	$0		
VALOR TOTAL:	$442.857.143		
PERIODO/CUOTA A PAGAR:	01 al 31 de julio de 2026		

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. Lo anterior, de conformidad con la Circular expedida por la Secretaría de Hacienda y Dirección Financiera y Contable referente a las fechas de cierres contables, vigencia 2026; 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.

FECHA DE SUSPENSIÓN:	No aplica
FECHA DE REINICIO:	No aplica
ACTA DE ADICION:	No aplica
FECHA DE ACTA ADICIÓN:	No aplica
VALOR ADICION:	$0
TIEMPO DE ADICION:	No aplica
VALOR TOTAL DEL CONTRATO/CONVENIO: (Valor contrato/convenio más adición)	$442.857.143

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 soporte 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/convenio antes de IVA				**$47.445.399**
2	Glosa (+)(-) (Nota crédito/nota débito)				**$0**
3	Subtotal (=1+2)				**$47.445.399**
	Concepto de Impuesto	**% Impuesto**	**Base**	**Valor Impuesto**	**Totales Impuestos**
4	IVA	19%	$	$	**$0**
		5%	$	$	
5	Impuesto al consumo	8%	$	$	**$0**
6	**Total Impuestos (=4+5)**				**$0**
7	**Valor Total Cuota (=3+6)**				**$47.445.399**
8	Menos valor Amortización Anticipo= (3x% de anticipo)		XX%		**$0**
9	**Valor a Pagar del Acta (=7-8)**				**$47.445.399**
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)					**$47.445.399**

6. DEDUCCIONES APLICABLES

#	Concepto	Marcar SI aplica o NO	
		SI	**NO**
1	Impuesto de Industria y Comercio	**X**	
2	Contribución especial sobre contratos de obra pública		**X**

7. 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.

8. EJECUCIÓN PRESUPUESTAL

El valor a pagar descrito en la presente acta se ejecutará 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
01-110-20260694	9/01/2026	**01-111-20261043**	27/01/2026	23202020090000000019050549291300133100210020764	1	**$20.000.000**
01-110-20260694	9/01/2026	**01-111-20261043**	27/01/2026	23202020090000000019050199291900133100210020764	2	**$27.445.399**

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

9. RESPONSABLES

Para constancia firma:

Firma	*espacio para firma*
Nombre del Ordenador del Gasto Cargo	**Salome Londoño Zapata** **Secretaria de Salud**

Elaboró	*espacio para firma*	Nombre Cargo: Dependencia:	Juan Felipe Ceballos Fernandez Profesional financiero Secretaria de Salud-Dirección Seguridad Alimentaria y Nutricional
Revisó y aprobó	*espacio para firma*	Nombre Cargo: Dependencia:	Diana Carolina Mesa Valencia Profesional Universitaria Secretaria de Salud-Dirección Seguridad Alimentaria y Nutricional
Revisó y aprobó	*espacio para firma*	Nombre Cargo: Dependencia:	Claudia Patricia Betancur Ruiz Director Seguridad Alimentaria y Nutricional (E) Secretaria de Salud-Dirección Seguridad Alimentaria y Nutricional

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

10. 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*

11. REPORTE BIENES			
Registro de Entradas y Salidas de Bienes			
Nombre de Funcionario que Reporta	**No aplica**	**Número Documento Entrada**	**No aplica**
		Número Documento de Salida	**No aplica**
Aplica para contratos de obra y compras			