INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE ENVIGADO Ciencia, educación y desarrollo Vigilada Mineducación	**ACTA DE AUTORIZACIÓN DE PAGO**	**Código:** F-RF-0022 **Versión:** 01 **Página** 1 de 2

FECHA	**DIA**	**MES**	**AÑO**
	19	07	2022

ACTA No.	**2**

INFORMACION DEL CONTRATISTA	
NOMBRE: SMARTCHIP S.A.S. representada legalmente por MAURICIO JOSÉ FLOREZ MONCAYO	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. _x___T.I.____ C.E.____ NIT.____	**N°** 811.046.254-4

DATOS DE LA CUENTA:	
ENTIDAD FINANCIERA	BANCOLOMBIA
CUENTA N°	360-00000374
TIPO CUENTA	AHORROS
Si no se diligencian estos datos, el pago será a través de giro bancario.	

INFORMACIÓN DEL ACTO ADMINISTRATIVO							
CONTRATO (C)	x	**ORDEN (O)**		**CONVENIO(CO)**		**RESOLUCIÓN (R)**	
N° DE C/O/CO/R:		**N° CONTRATO SECOP II:**			**FECHA DEL ACTO:** día/mes/año		
116-2022		MCIUE 002-2022			22/02/2022		
FECHA DE ACTA DE INICIO:		02/03/2022 (Día/mes/año)					
VIGENCIA:		**Desde: 02/03/2022** (Día/mes/año) **Hasta*: 30/06/2022** *Incluyendo prórroga, si a esta hubo lugar					
OBJETO		Se requiere la elaboración e impresión de carnés para identificación de la comunidad universitaria de la Institución Universitaria de Envigado.					
VALOR TOTAL		Veintisiete millones novecientos noventa y tres mil quinientos sesenta pesos					
		$ 27.993.560					
FORMA DE PAGO		Se realizarán pagos parciales de acuerdo con el número de carnets entregados debidamente a la comunidad IUE, que se realice durante la ejecución del contrato y/o hasta agotar el presupuesto. La Institución Universitaria de Envigado, pagará al (la) contratista, previa presentación del informe y acta de autorización de pago expedida por el supervisor del contrato, en las condiciones pactadas en el respectivo contrato. Adicionalmente, el contratista, deberá acreditar el pago, y certificar que se encuentra al día con los pagos al Sistema Integral de Seguridad Social y aportes parafiscales de los últimos seis meses o el tiempo de vigencia de la contratación. La factura electrónica deberá ser enviada al correo electrónico factura electronicaQiue.edu.edu.co La Institución Universitaria de Envigado, pagará al (la) contratista, previa presentación del informe y acta de autorización de pago expedida por el supervisor del contrato, en las condiciones pactadas en el respectivo contrato.					
ADICION		(EN LETRAS)					
		$ XXXXXX					

INFORMACIÓN PRESUPUESTAL			
DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL		**REGISTRO PRESUPUESTAL**	
NÚMERO	**FECHA** (día/mes/año)	**NÚMERO**	**FECHA** (día/mes/año)

0055	27/01/2022	0158	22/02/2022

RUBRO DE EJECUCIÓN	TIPO DE RECURSO	VALOR A EJCUTAR DEL RUBRO
12300044110210501	Propio	$ 582.624

SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL					
PERSONA NATURAL	SI	NO	**PERSONA JURÍDICA**	SI	NO
				x	
Valor Ingreso Base de Cotización	$ XXXXXX		**PRESENTA**		
			Certificado del Representante Legal Actualizado	SI	NO
Planilla No.				x	
Periodo de Cotización			Certificado del Revisor Fiscal actualizado	SI	NO
Fecha de Pago				x	
Valor Pagado	$XXXXXX				

AUTORIZACIÓN DE PAGO			
PERIODO/CUOTA A PAGAR:		**PERIODO/CUOTA A PAGAR:**	
SE REGISTRA EL PERIODO A PAGAR, DE ACUERDO CON LA FORMA DE PAGO DEL ACTO ADMNINISTRATIVO		REGISTRAR EL(LOS) NUMERO(S) DE LA(S) FACTURA(S)	
VALOR A PAGAR MEDIANTE LA PRESENTE ACTA:	Quinientos ochenta y dos mil seiscientos veinticuatro pesos m/cte **$** 582.624		
VALOR EJECUTADO DEL CONTRATO (Incluyendo la presente orden)	**$** 25.777.302	**SALDO DEL VR. DEL CONTRATO** (Después de la presente orden)	$ 2.216.256

En cumplimiento de la Ley 1474 de julio 12 de 2011, la cual señala disposiciones sobre los sujetos disciplinables (Art. 44), las responsabilidades del interventor por faltas gravísimas (art. 45), la responsabilidad del supervisor contractual (Art. 83), y las facultades y deberes de supervisores (Art. 84) y, con base en el contrato que se encuentra plenamente legalizado, enunciado en el encabezado de este documento y en concordancia con la forma de pago establecida en el mismo, **AUTORIZO EL PAGO indicado en la presente acta** acorde a la supervisión realizada, la cual reposa en la carpeta del contrato con todos los soportes de ley exigidos.

Así mismo, certifico que se revisaron los documentos que soportan el pago de los aportes de seguridad social integral establecidos por la ley, encontrándose al día con sus obligaciones.

Supervisor:

Firma: Paula Andrea Caicedo Herrera

Nombre: **PAULA ANDRES CAICEDO HERRERA**

Cargo: **JEFE DE ADMISIONES Y REGISTRO**